

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

626

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure

Par EMILE CASSUTO

Né à Tunis le 28 Décembre 1875.

Ancien externe des Hôpitaux

LES ABCÈS DU FOIE D'ORIGINE TYPHIQUE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. } CHARRIN, Professeur.
 } ROGER et DESGREZ, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1900

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure

Par EMILE CASSUTO

Né à Tunis le 28 Décembre 1875.

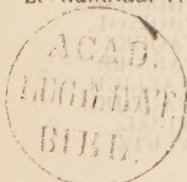
Ancien externe des Hôpitaux

LES ABCÈS DU FOIE D'ORIGINE TYPHIQUE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. { CHARRIN, Professeur.
 { ROGER et DESGREZ, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 - Rue Racine - 15

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		BRISAUD.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale	}	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale	}	LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Cliniques d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie
et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR REMLINGER

Médecin-major de 2^e classe

Chef du Laboratoire de Bactériologie de la Division
d'occupation à Tunis

A MON CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G.-M. DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Pathologie interne à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Beaujon

INTRODUCTION

Lors de notre dernier séjour à Tunis, l'été dernier, M. le docteur Remlinger, médecin major de 2^e classe, chef du laboratoire de bactériologie de la division d'occupation de Tunis, a bien voulu nous mettre au courant de la pathologie spéciale de ce pays où nous sommes appelé à exercer. Parmi les nombreuses observations qu'il a rassemblées sur la fièvre typhoïde et qu'il a bien voulu nous montrer, une attira spécialement notre attention : c'est un cas d'abcès du foie, unique, d'origine typhique, méconnu. Dans le pus de cet abcès M. Remlinger ne décela la présence que d'un seul micro-organisme : le bacille d'Eberth.

Des recherches faites sur les cas assimilables d'hépatite suppurée d'origine typhique nous ont montré que la question avait besoin d'être mise à point. L'idée nous est alors venue de tâcher de réunir dans un travail les cas d'abcès du foie d'origine typhique, publiés jusqu'à ce jour dans la littérature médicale et, à l'aide de ces observations, d'essayer de faire une étude d'ensemble sur cette grave complication de la dothiéntérie. Cette

complication est intéressante tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique.

Après avoir sommairement esquissé l'historique de la question nous publierons les observations qui nous ont paru les plus intéressantes et les moins contestables. De ces observations nous déduirons successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie, la pathogénie et les sens dans lequel il nous a semblé que les recherches bactériologiques doivent être faites. Puis nous esquisserons l'étude clinique de la maladie, étude fort complexe, et nous terminerons enfin par quelques mots sur le traitement.

Parvenu au terme de nos études, nous tenons, avant d'aborder notre sujet, à adresser ici nos plus vifs remerciements à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux et à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études, soutenu de leurs précieux conseils ou honoré de leur amitié. Moins que tout autre, nous manquerons à ce devoir, car nos dettes de reconnaissance sont bien lourdes et si nous ne pouvons les acquitter, nous voulons au moins ici témoigner de notre profonde gratitude.

A nos premiers maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Alex. Renault, Chauffard, et à M. le professeur Berger, nous dirons le gré infini que nous leur savons pour les premiers éléments de clinique qu'ils nous ont appris.

Que nos maîtres de l'externat, MM. les docteurs Richelot, Descroizilles et M. le professeur Debove soient

assurés que nous garderons éternellement le souvenir de leurs belles leçons et de leurs précieux conseils.

Nous n'oublierons jamais que MM. les docteurs Champetier de Ribes et Doléris, accoucheurs des hôpitaux, nous ont initié à l'art obstétrical et dans notre pratique nous mettrons à profit les précieuses leçons retirées de leur enseignement.

Que M. le docteur Sauvineau, assistant à l'hôpital Lariboisière, reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour les éléments d'ophtalmologie qu'il nous a appris.

A tous ceux qui nous ont apporté une aide ou un encouragement pour mener à bien ce travail, à MM. les docteurs Boulloche et Brühl, médecins des hôpitaux, à MM. Ulmann, Zuber, Remlinger, nous adressons ici nos plus vifs remerciements.

MM. les docteurs Remlinger et Zuber, chef de clinique de la Faculté, tiennent une place à part dans notre reconnaissance; ils ont singulièrement facilité notre tâche et nous reconnaissons volontiers que si ce travail présente quelques points intéressants, tout le mérite leur appartient.

M. le Dr Boulloche nous a communiqué une observation inédite fort intéressante : qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements.

M. le professeur Debove, dont nous avons été l'élève, en acceptant la présidence de notre thèse nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix : qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre vive gratitude.

HISTORIQUE

« On peut être étonné, dit M. le professeur Hutinel, dans sa thèse de concours de 1883 (1), de la rareté des inflammations de foie consécutives à la fièvre typhoïde, quand on songe à la constance presque absolue des lésions qu'il présente à la période d'état et aux connexions vasculaires qu'il affecte avec l'intestin malade. » Et l'auteur cite, d'après Murchison, quatre cas dus à Louis, Frérichs, Hudson et à lui-même. En recherchant la mention de ces cas dans le traité de la fièvre typhoïde publié par Murchison (2) nous ne trouvons que cette simple mention : « Louis et Frérichs rapportent chacun un cas où le foie contenait un certain nombre de dépôts pyémiques circonscrits et un cas d'abcès hépatique que nous n'avons pu retrouver est ainsi indiqué par Hudson : « J'ai noté moi-même dans un cas que le foie contenait une substance opaque jaune, apparemment due à un embolisme. » Le cas est trop sommairement relaté.

(1) Hutinel. — Convalescence et rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse de concours, Paris, 1883.

(2) Murchison. — La fièvre typhoïde. Trad. de Lieutaud. Paris, 1878.

Quant aux trois autres, sauf celui de Louis, nous n'avons pas pu les retrouver, de même d'ailleurs qu'un autre, mentionné par Hutinel et qui aurait été publié par Bokai (1). Mais apparemment tous ces cas n'ont pas dû être bien intéressants, puisque les auteurs postérieurs n'en font aucune mention.

Depuis Louis (2), qui le premier publia une observation fort nette de fièvre typhoïde compliquée de parotidite suppurée et d'abcès du foie, les nombreux observateurs se sont appliqués à démontrer que les suppurations viscérales de la dothiéntérie ne se rencontraient que dans les cas où il existait une porte d'entrée (abcès sous-cutané, escarre, panaris). Et les auteurs classiques ne font aucune mention de cas fort intéressants qui ne reconnaissent pas cette pathogénie et qui avaient été publiés. On sait que pendant longtemps une seule théorie régna sur la pathogénie des abcès du foie. Les suppurations ne pouvaient être que ce que l'on appelle l'hépatite des pays chauds d'origine dysentérique ou des abcès métastatiques. C'est ce qui explique pourquoi les cas d'abcès du foie d'origine typhique restèrent longtemps épars.

Et pourtant la fièvre typhoïde qui, au dire de ces auteurs, devrait, tout comme la dysenterie nostras, manquer au programme étiologique de l'hépatite suppurée, intervient comme cause d'abcès du foie sous toutes les latitudes. C'est en Europe que cette influence

(1) Pest. méd. chir. Presse. N° 20. 1882.

(2) Recherches sur la fièvre typhoïde. 1841.

à été reconnue tout d'abord. On la signala ensuite dans les régions intertropicales, en Nouvelle-Calédonie où elle paraît être relativement fréquente (1).

Ce ne fut qu'après la ruine de la théorie spécifique de l'hépatite suppurée, après qu'on eût démontré que tout processus ulcéreux de l'intestin, de quelque nature qu'il fût, est capable de provoquer l'hépatite suppurée, que l'on eut l'idée de réunir tous les cas d'abcès du foie d'origine typhique.

Romberg (2) le premier essaya de rassembler tous ces cas, de les discuter et de les classer d'après leur pathogénie. Ce fut le premier travail important paru sur la question.

Après avoir cité des statistiques et parlé du peu de fréquence de cette complication de la dothiéntérie, Romberg énumère dix-neuf cas parvenus à sa connaissance. Sur ces 19 cas, il en élimine 10 après discussion. Pour Romberg, le cas de Delaire (3), cité pourtant par nos classiques et nos monographies, doit être rejeté. Il s'agit dans ce cas d'une femme chez laquelle, au décours d'une fièvre typhoïde grave, on aurait brusquement constaté les symptômes suivants : frissons, fièvre, point de côté hépatique ; puis le foie augmenta rapidement de volume et descendit au niveau de l'ombilic. Soudain se manifesta une pleurésie qui se termina par vomique. La guérison s'en suivit : deux ans après, la malade présentait les symptômes d'un nouvel abcès se développant

(1) Gervais. Thèse de Paris. 1887.

(2) Romberg. Berliner Klin. Wochenschr. 3 mars 1890, p. 192.

(3) Gazette des hôpitaux. 1869.

en bas; après application de pâte de Vienne, il s'évacua une grande quantité de pus verdâtre et la malade guérit cette fois définitivement. Romberg prétend qu'il s'est agi dans ce cas d'une simple péri-hépatite suppurée. Il conclut de même pour le cas de Sidlo déjà discuté par Asch et qui présente avec celui de Delaire les analogies les plus frappantes. Il nous semble avoir raison et nous rejetons avec lui ces observations.

Romberg discute ensuite le cas de Bouillaud, rapporté par Andral, ceux de Wirchow, de Burder, de Petrina et les rejette. Ces observations manquent en effet de netteté ou sont incomplètes, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique. D'accord avec Romberg, nous croyons devoir les rejeter du cadre des abcès du foie d'origine typhique.

En somme Romberg ne retient que dix cas d'abcès du foie d'origine typhique et il les range, au point de vue pathogénique, en 3 catégories :

1° Abcès du foie consécutifs à une ulcération des voies biliaires : un seul exemple dû à Klebs.

2° Abcès du foie consécutifs à une pyléphlébite : 5 cas dont deux dus à Backliug et les autres à Tüngel, à Asch et à Romberg.

3° Abcès du foie consécutifs à une pyémie d'une autre région du corps : cas dus à Louis, à Chvosteck, à Freudlich et à Dunin.

En 1895 Lannois communiqua au Congrès de Bordeaux un cas d'abcès multiples du foie et de pyléphlébite d'origine typhique. Il fut le premier qui pratiqua l'examen bactériologique du pus de ces abcès d'une

façon assez complète. Il y constata la présence de plusieurs espèces microbiennes dont il isola le bacille d'Eberth. Dunin et Romberg avaient, il est vrai, avant lui, pratiqué l'examen bactériologique, mais tous deux n'en garantissent pas les résultats. Lannois réfit à propos de son observation l'historique de la question en analysant l'article de Romberg et mentionna seulement en plus un cas d'abcès du foie unique développé au cours d'une fièvre typhoïde et publié par Sorel depuis 1882. Mais il ne fit entrer ce cas dans aucune des catégories établies par Romberg.

En 1896, Douart publia une observation très intéressante d'hépatite suppurée d'origine typhique. Mais cette hépatite s'étant terminée par la guérison nous semble discutable. Nous la publions et la faisons suivre de quelques réflexions.

En 1897, Remlinger communiqua à l'Académie de médecine le cas qui sert de point de départ à notre thèse.

La même année, Osler publia la relation succincte d'un cas d'abcès multiples par pyléphlébite compliquant une appendicite para-typhoïde.

En 1898, James Swain relata un très beau cas d'abcès du foie unique, à bacille d'Eberth, opéré avec succès.

Enfin, il y a un an, M. le Dr Bouloche observa à l'Hôpital des Enfants le cas très intéressant qu'il a bien voulu nous communiquer.

Romberg et Lannois qui seuls ont recherché dans la littérature médicale les divers cas assimilables à ceux qu'ils ont observé, paraissent en avoir ignoré un certain

nombre. Nous avons pu réunir quelques cas fort intéressants publiés antérieurement à leurs articles. Ce sont, dans l'ordre chronologique, ceux de Fauraytier (1841), de Leudet (1852), de Chater (1873), de Gervais (3 cas relatés en 1887 dans sa thèse) et de Legrand (4 cas, 1891). Nous les publions tous.

Notons, pour être complets, que Bertrand et Fontan, dans leur *Traité de l'Hépatite suppurée* (1896), disent avoir observé deux cas d'abcès d'origine typhique. Mais ces cas sont trop succinctement relatés pour pouvoir être acceptés sans conteste : « L'influence de la fièvre typhoïde sur la production d'abcès du foie est notée deux fois dans notre statistique de l'Hôpital St-Mandrier. Dans l'un de ces cas, la marche de la maladie se rapportait plutôt à un état typhoïde qu'à une véritable dothiéntérie, mais l'autopsie signale des ulcérations de l'iléon et du cœcum. Dans le second, la légitimité du diagnostic est établie par la clinique (courbe typique de la température, taches rosées, hémorragie intestinale au 20^e jour) et par la nécropsie (ulcérations, etc.). »

D'autre part Jameson, cité par Osler, aurait rapporté un autre cas ; mais Osler dit à ce propos « après lecture attentive de cette observation, je me demande si l'on eut bien affaire à une fièvre typhoïde. L'autopsie révéla bien des ulcérations intestinales, mais elles ne siégeaient pas au niveau des plaques de Peyer. »

Entre temps, de nombreux cas de cholécystite ou d'angiocholite d'origine typhique avaient été publiés. Mais dans aucun de ces cas il ne s'est produit de véritables suppurations dans le sein du tissu hépatique et

nous sortirons des limites que nous nous sommes tracées si nous traitons ces questions d'ailleurs fort bien étudiées par plusieurs auteurs (Budd, Oppotzer, Gilbert et Girode, Cadéac, Dominici, etc...)

En somme, nous avons pu réunir 27 observations dont 10 déjà citées et admises dans le cadre des abcès du foie d'origine typhique, par Romberg. Nous avons jugé inutile de les publier toutes en entier. Pour la plupart, nous nous sommes contenté d'en donner un simple résumé.

Parmi les 17 autres observations, onze sont antérieures à celle de Romberg publiée en 1895; les six autres cas sont postérieurs. Parmi ces derniers nous publions deux observations inédites.

OBSERVATIONS

Nous avons rangé les 27 observations que nous avons réunies, en 5 séries :

- I. *Première série.* — Abscès uniques.
- II. *Deuxième série.* — Abscès multiples métastatiques.
- III. *Troisième série.* — Abscès multiples par lésions des voies biliaires.
- IV. *Quatrième série.* — Abscès multiples par pyléphlébite ou par voie portale.
- V. *Cinquième série.* — Nous y avons rangé toutes les observations discutables ou quelque peu nettes.

Dans chaque catégorie nous placerons en premier lieu le résumé des cas cités, discutés et admis par Romberg.

PREMIÈRE SÉRIE

Abcès du foie uniques

OBSERVATION I (*Inédite*)

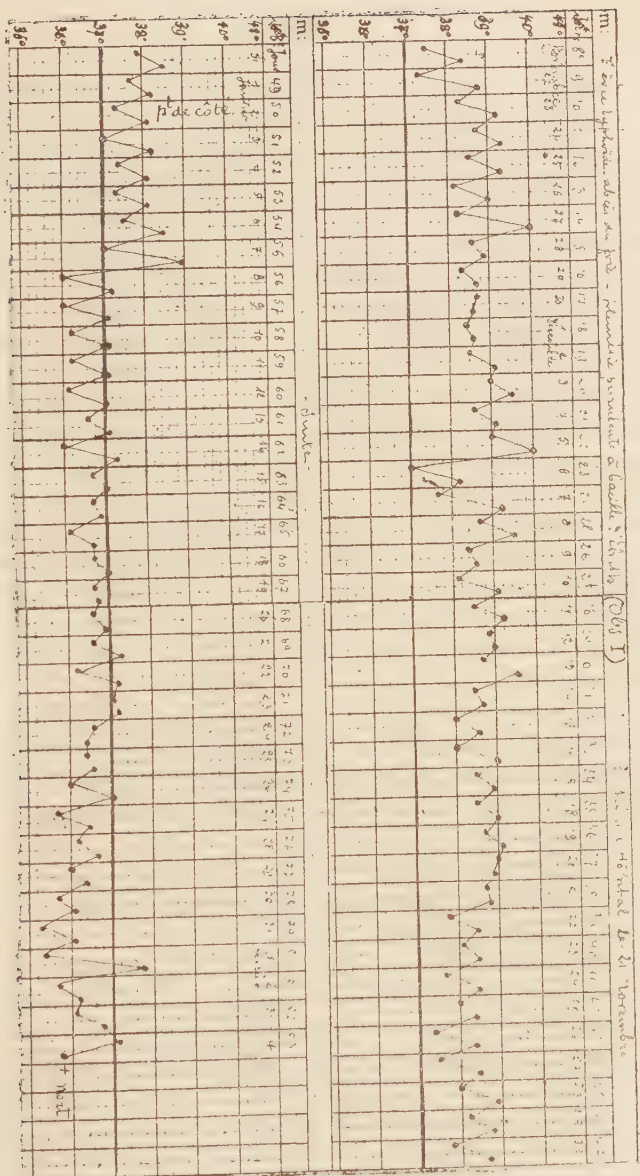
(*Communiquée par M. le Docteur Remlinger*)

Fièvre typhoïde. — Pleurésie purulente à bacille d'Eberth consécutive à un abcès unique du foie, méconnu. — Thoracotomie. — Mort (1).

P..., 21 ans. Cavalier à la 8^e compagnie de remonte, entré à l'hôpital du Belvédère le 21 novembre 1896. Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucune particularité intéressante. P... n'a jamais été malade; en particulier, il n'a jamais eu de diarrhée ni de dysenterie.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté, il y a huit jours, par de l'anorexie, de la diarrhée et une sensation générale de courbature et de lassitude. Puis le malade a eu de la céphalie, de l'insomnie, des épistaxis; la température s'est élevée progressivement jusqu'à 40 degrés. Lorsque P... entre à l'hôpital, la rate est hypertrophiée; on constate sur le thorax et l'abdomen la présence de taches rosées. Le tableau symptomatique de la fièvre typhoïde est au complet. Le séro-diagnostic fournit, du reste, un résultat nettement positif.

(1) Cette observation a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine à la séance du 26 janvier 1897.



La maladie évolue tout d'abord classiquement, banalement mais avec une gravité supérieure à la moyenne.

Cependant, le 4^e septénaire écoulé, la température continue à rester au-dessus de la normale. Le thermomètre marque 37°,5, 37°,6 le matin et s'élève le soir à 38°,2 ou 38°,5. Le malade est très amaigri et sa faiblesse est extrême.

Le 12 janvier, une cinquantaine de jours après le début de la maladie, il accuse pour la première fois, un point du côté hépatique, peu intense, sans irradiation à l'épaule ; le lendemain, ce point de côté a disparu et il ne lui est accordé que peu d'attention. Cependant, dans les derniers jours de janvier, il apparaît à nouveau et s'accompagne d'un peu de dyspnée. Toujours aucune irradiation. On constate alors une légère voussure de région hépatique ; le foie est hypertrophié et dépasse les fausses côtes de quatre travers de doigt. La partie du foie qui déborde est douloureuse à la pression. La palpation et l'auscultation ne révèlent rien de spécial. Il n'y a ni fluctuation, ni résistance profonde. Pas de crépitation parcheminée. Skodisme sous la clavicule droite. A quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule commence une matité qui se continue sans démarcation avec la matité hépatique.

En arrière, on observe depuis la base du thorax jusqu'à la pointe de l'omoplate, de la matité, de l'abolition de la respiration et des vibrations ; au niveau de la pointe, on entend un souffle doux, lointain, voilé, expiratoire. On a, en un mot, tous les signes d'un épanchement.

Une ponction faite aseptiquement dans la plèvre au niveau du 7^e espace intercostal, donne un pus liquide, verdâtre qui renferme le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Une consultation réunit au lit du malade tous les médecins de l'hôpital et on discute la question de savoir s'il s'agit d'une pleurésie purulente simple ou d'une pleurésie purulente consécutive à un abcès du foie. C'est cette première opinion qui prévaut. L'hypertrophie du foie est considérée comme un simple abaissement dû à la pleurésie. Le point de côté hépatique, peu intense du reste, est pris pour une sensibilité spéciale du foie débordant les fausses côtes. On se borna donc à pratiquer l'opération de l'empyème qu

donna issue à 2 litres environ d'un pus liquide, verdâtre, dont la sérosité agglutinait très nettement le bacille d'Eberth. L'opération terminée, on constata bien que le foie continuait à déborder les fausses côtes, mais comme ce fait pouvait être réalisé par des adhérences bridant le foie, il ne retint que peu l'attention. Après l'opération, le malade n'éprouva presque pas de soulagement; il présenta une dyspnée progressivement croissante, une toux incessante, une expectoration spumeuse, et mourut le surlendemain (4 février).

L'autopsie montra sur l'intestin grêle des lésions classiques de la dothiënterie : les ulcérations typhoïdiques étaient presque complètement cicatrisées. Le gros intestin et l'appendice iléo-cœcal, en particulier, étaient absolument indemnes; le péritoine était sain, le système porte ne présentait aucune altération.

Le lobe droit du foie renfermait un énorme abcès qui l'occupait presque entièrement et atteignait la dimension d'une tête de fœtus.

En avant, cette collection purulente était séparée de la face antérieure de l'organe par une épaisseur de parenchyme hépatique de 4 centimètres environ, ce qui explique l'absence de fluctuation et de résistance perçue pendant la vie. Mais l'abcès bombait du côté de la face convexe où le parenchyme était réduit à un demi-centimètre d'épaisseur.

Cette face convexe présentait une coloration jaunâtre; des adhérences assez intimes l'unissaient au diaphragme; le muscle lui-même était jaunâtre et comme macéré, on saisissait pleinement le passage de l'agent infectieux du foie à la cavité pleurale. Une rupture de l'abcès dans la plèvre était même imminente. L'abcès renfermait un demi-litre environ de pus bien lié, jaune verdâtre, inodore. Sa paroi était recouverte d'un pus plus épais, au-dessous duquel se voyaient des villosités puis une couche lardacée. Bref, l'aspect était absolument celui des grandes collections dysentériques.

La plèvre droite présentait les désordres ordinaires de la pleurésie purulente; les autres organes n'offraient aucune lésion intéressante à noter.

Examen bactériologique. — L'examen microscopique du pus,

prélevé avec toutes les précautions voulues à l'intérieur de l'abcès a montré l'existence de quelques bacilles courts, trapus, à bouts arrondis, se décolorant par le Gram, absolument identiques aux bacilles trouvés dans la plèvre. On n'a constaté la présence d'aucune amibe.

Ensemencé en bouillon le pus a donné une culture pure d'un bacille qui présentait *tous les caractères du bacille d'Eberth*. Réaction de Widal très nette; culture transparente sur gélatine, à peine apparente sur pomme de terre; absence de fermentation des sucres; non formation d'indol.

Une différence très intéressante cependant mérite d'être relevée entre le bacille retiré de la plèvre et l'Eberth retiré du foie. Elle est tirée de la virulence très différente que le bacille typhique possédait dans les deux cas. Dans la plèvre, le bacille était très virulent: un centimètre cube d'une culture jeune en bouillon, inoculé dans le péritoine d'un gros cobaye de 650 gr. a déterminé en 48 heures la mort de l'animal à la suite d'une belle péritonite d'où le bacille d'Eberth a pu être isolé et des passages d'animal à animal ont encore réussi à exalter la virulence de ce bacille.

Le bacille d'Eberth retiré du foie s'est, tout au contraire, montré totalement dépourvu de virulence, 3 centimètres cubes d'une culture jeune en bouillon, inoculés finalement dans le péritoine d'un jeune cobaye de 300 gr. ont laissé l'animal absolument indifférent.

Le bacille typhique a été trouvé très abondant au niveau des plaques de Peyer.

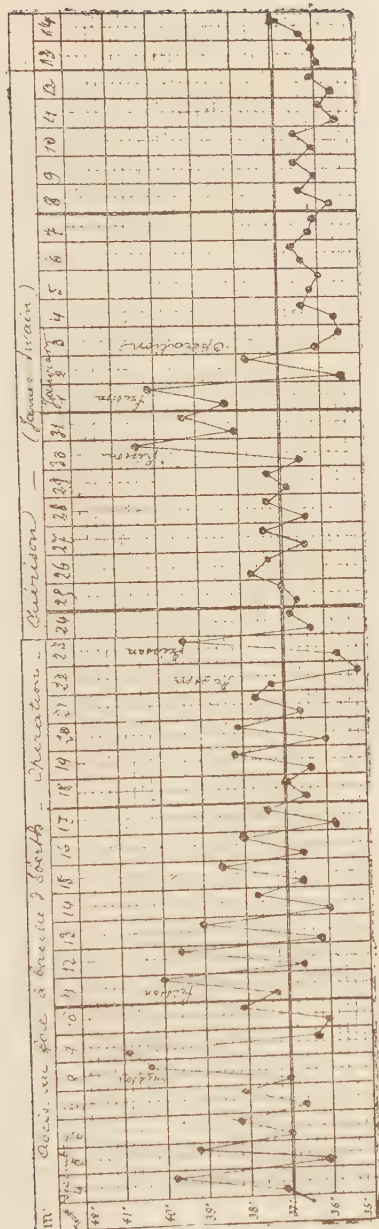
OBSERVATION II

Grand abcès du foie à bacille d'Eberth. — Opération. Guérison.

(A contribution to the surgery of hepatic abscess by the bacillus typhosus). (James Swain.)

(*The British Medical Journal*, juillet 1898)

C. B., fillette de cinq ans, eut une dothiéntérie légère suivie de



rechute. Le 8 décembre, six semaines environ après le début de la maladie, M. Dacre me pria de voir sa malade en raison de la manifestation d'un *frisson* dont on ne pouvait alors trouver la cause. La malade était considérablement émaciée, mais la respiration était calme et le pouls bien frappé. La température qui avait été remarquablement variable pendant quelques semaines auparavant était de 104°,6 (Fahrenheit) au moment de l'examen. (= 40°,3)

Un deuxième frisson se produisit le 11 décembre et une semaine plus tard, les cartilages des 7°, 8° et 9° côtes du côté gauche firent fortement saillie à l'extérieur. On l'attribua à une augmentation de volume du lobe gauche du foie dont le bord inférieur paraissait situé à un pouce au-dessous de l'appendice xyphoïde, dans la région épigastrique. La tumeur qui était sensible à la pression fut considérée comme un abcès métastatique commençant.

Une série de frissons se montrèrent les 22, 23 et 30 décembre et le 1^{er} janvier. Chaque frisson était marqué de collapsus marqué et l'état général devenait très grave. La température est indiquée sur la courbe ci-jointe (1). Vers la fin de cette période la tumeur épigastrique s'était accrue très rapidement et le 1^{er} janvier, le bord saillant du foie, augmenté de volume, était senti sur une ligne transversale à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. On n'y percevait aucune pulsation, il n'existait pas de fluctuation, et on n'entendait aucun bruit de frottement (*probablement frémissement hydatique*). Le cœur n'était pas déplacé et le lobe droit du foie n'était pas augmenté de volume sur la ligne axillaire. L'enfant se plaignait de douleurs sourdes mais constantes au niveau de la tumeur.

Opération. — L'amaigrissement général était extrême mais comme les poumons et les autres organes semblaient libres d'infarctus pyémiques, une opération fut jugée nécessaire et pour ce, le docteur Shingleton Smith et M. Dacre s'unirent à moi. Le chloroforme fut administré le 8 janvier. Une incision verticale de 2 pouces de

(1) Nous avons jugé intéressant de publier cette courbe de température en ayant soin de la transcrire d'après l'échelle centigrade.

long fut faite exactement à gauche de la ligne médiane sur la partie proéminente de la tumeur. En ouvrant le péritoine on trouva les feuillets pariétal et viscéral très fortement adhérents en bas et en partie à droite de l'incision. On respecta les adhérences. Une aiguille exploratrice fut alors introduite dans la substance du foie et à un demi-pouce environ de la surface, elle entra dans une cavité d'où il s'écoula une petite quantité de *liquide brunâtre*. Par une suture continue au fil de soie fin, le péritoine pariétal fut suturé à la surface du foie de manière à circonscrire une aire d'un pouce environ de diamètre, ayant l'aiguille exploratrice pour centre. Un dilateur gouttiére fut introduit par l'orifice de l'aiguille exploratrice et en ouvrant les branches de manière à écarter la substance épatique, quelques onces d'un liquide *fluide et brunâtre* s'écoulèrent suivis d'un liquide purulent épais, grumeleux et jaunâtre (teinté de bile). Après l'écoulement complet d'environ cinq ou six onces de liquide, la cavité apparut du volume d'une balle de cricket environ. Un tube à drainer en caoutchouc de 3 pouces 1/2 de long et de 1/3 de pouce de diamètre fut alors introduit et la plaie fut pansée avec de la charpie boriquée et de la gaze Gamgee. Après évacuation, la tumeur à l'épigastre était diminuée de moitié environ et le drain sortait de la paroi abdominale de 2 pouces environ au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Le liquide futensemencé sur agar au moment de l'opération et on trouva qu'il contenait des bacilles d'Eberth excessivement mobiles (Voir au-dessous.)

Le premier jour le liquide qui s'écoula en quantité considérable par le drain était de couleur brunâtre mêlé de pus grumeleux et muqueux. Dix jours après environ, il était aqueux, d'un beau jaune ou légèrement coloré par la bile, avec peu de mucus et pas de pus.

Trois semaines environ après l'opération cet état fut interrompu par un jet subit de pus qui dura 3 jours ; mais vers le 3 février la plaie était guérie en pratique : il ne restait plus que quelques fils de soie à la paroi abdominale.

La température, aussitôt après l'opération tomba au-dessous de

la normale et l'enfant guérit régulièrement, sans incidents. Deux mois environ après l'opération, elle était grasse et bien portante.

Bactériologie. — L'examen bactériologique du liquide retiré au moment de l'opération fut obligeamment fait par le docteur Symes. L'examen direct au microscope montra des bacilles courts à bouts arrondis.

Les cultures sur agar et dans des vases plats et peu profonds montrèrent un très petit nombre de colonies de staphylococcus pyogènes aureus et de nombreuses colonies de bacilles courts à bouts arrondis. Ces bacilles s'accrurent en bouillon, en en troublant la partie médiane et étaient excessivement mobiles. Il n'y eut pas de formation d'indol, pas de coagulation du lait, ni formation de gaz dans la gélatine ; mais la réaction de Widal avec le sérum typhique existait très nette 1 sur 20. Il ne pouvait plus y avoir de doute ; cet organisme était bien le bacille d'Eberth-Gaffky.

Trois jours après l'opération, alors qu'aucune antiseptie n'avait été faite dans la cavité purulente, une seconde culture ne montra plus qu'une seule colonie de bacille typhique.

OBSERVATION III

(Sorel, Union Médicale, 1882.)

Fièvre typhoïde. — Ulcérations des follicules clos du gros intestin. — Absès aigu volumineux du foie. — Péritonite.

Lab... Jean, âgé de 23 ans, incorporé après un ajournement d'une année pour faiblesse de constitution au 34^e de ligne, dans sa première année de service, en Algérie depuis quatre mois (1), entre

(1) « L'homme qui fait l'objet de cette observation, ajoute l'auteur, n'avait pas quatre mois de séjour en Algérie et cela dans une région élevée, par un été des plus modérés ; il n'avait jamais contracté de dysenterie, on peut donc je crois, rejeter l'hypothèse d'une hépatite suppurée des pays chauds. »

à l'hôpital de Sétif le 16 juillet 1882 au huitième jour d'une fièvre typhoïde qui présente les allures les plus bénignes. Il existe quelques taches rosées, le ventre est légèrement ballonné et l'état fébrile sous l'influence de la médication quinino-salycillée reste très modéré.

Le 21 juillet, le malade se plaint d'un point de côté au niveau de l'hypochondre droit ; calmé par l'application de ventouses sèches, il reparait le 24 et cède à une injection de morphine ; mais bientôt la douleur devient sourde, continue, et la pression au niveau du creux épigastrique est pénible. Cependant le foie ne présente aucun volume anormal et à peine existe-t-il un peu de congestion à la base du poumon. Les selles diarrhéiques sont facilement modifiées par l'opium et la poudre de charbon.

Le 21 juillet, au vingtième jour de la maladie, apparaissent des oscillations fébriles intermittentes qui s'accusent surtout à partir du 2 août. Du 5 au 13 août on constate de la pharyngite ; même état local quant à la douleur assez peu accusée et aux symptômes physiques.

Le 18 août, péritonite subaiguë sans réaction, absence de vomissements ; le ventre ballonné, est peu sensible à la pression, le pouls reste bon et la température s'abaisse.

Le 21 août, le pouls devient petit, fuyant, la température remonte, et le malade succombe ayant toute sa connaissance le 22 août à 9 heures du soir au 45^e jour de la maladie totale.

Dans les derniers jours, sans que je puisse préciser l'époque de l'apparition, le malade n'ayant pas attiré l'attention de ce côté, il s'était produit un gonflement œdémateux, indolore du membre inférieur droit.

Autopsie. — Le cerveau n'est pas examiné.

Poumons. — Sains ; congestion généralisée mais plus marquée aux bases.

Cœur. — Aucune altération.

Estomac. Taches ecchymotiques sur la muqueuse, au-dessous du cardia.

Ganglions mésentériques. — Saillants, un peu augmentés de volume.

Intestin grêle. — Deux plaques « barbe rasée » vers l'union du jéjunum et de l'iléon ; puis en descendant on trouve des plaques de Peyer peu saillantes, mais absolument noires, en d'autant plus grand nombre qu'on approche de la valvule iléo-cœcale. Au voisinage de la valvule les follicules présentent la même coloration, et mêlés aux plaques, donnent à la muqueuse, d'ailleurs saine, un aspect tigré. Les bords de la valvule sont ardoisés.

Gros intestin. — La muqueuse dans toute son étendue est légèrement tuméfiée sans trace d'érosion ou d'exfoliation, sa coloration est grisâtre. Les follicules clos, depuis le commencement du cœcum jusqu'à l'origine du rectum sont dilatés en nombre très considérable, indurés, et pour la plupart ulcérés à leur surface. Ils font saillie comme un pois et ont un aspect pustuleux. En certains points du cœcum, l'infiltration typhoïde s'étend au tissu sous-muqueux.

Reins. — Rien de notable.

Rate. — Un peu augmentée de volume, assez consistante ; traces de péri-splénite.

Foie. — Son volume est presque au-dessous de la normale, bien que le lobe gauche soit très développé ; il pèse 1,500 grammes. Le lobe droit présente à sa face convexe un infarctus hémorrhagique superficiel, sans ramollissement et de peu d'étendue. Au lobe gauche, relativement très développé, existe sur la face convexe, qu'il occupe presque en entier en respectant toutefois une petite zone au voisinage des bords, et, situé superficiellement, un abcès du volume d'une grosse orange ; sa paroi supérieure, mince, est réduite en certains points au revêtement péritonéal et à l'enveloppe propre ; son contenu est séro-purulent ; le pus, bien lié, jaune verdâtre, est plus abondant dans les portions déclives où se trouvent des grumeaux.

L'abcès a contracté des adhérences peu solides avec la face inférieure du diaphragme ainsi qu'avec la face postérieure de la dernière pièce du sternum et l'origine des cartilages costaux de droite, qui les recouvrent entièrement et en rendaient la palpation impossible,

On ne trouve rien de particulier dans les principales divisions de la veine porte.

La *vésicule biliaire*, petite, renferme de la bile jaune; des arborisations vasculaires sont développées à sa surface externe.

La paroi de l'abcès est en effet l'origine d'une *péritonite subaiguë* qui, se propageant par le flanc du côté droit, gagne le petit bassin où il existe du liquide séro-purulent. Le péritoine pariétal est injecté dans sa portion sous-ombilicale et d'une manière plus accusée à droite qu'à gauche.

Au *membre inférieur droit* phlébite de la crurale remontant les veines iliaque primitive et iliaque externe du côté droit.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

(Chater : *British Medical Journal*, 1873.)

Abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui entre à l'hôpital le 28 mai 1873.

A son entrée : le facies est pâle, amaigri, la soif est constante, la langue recouverte d'un enduit brunâtre. La malade a des vomissements fréquents, des douleurs angoissantes dans l'hypochondre droit et dans l'abdomen. Insomnie depuis plusieurs semaines. Alternatives de constipation et de diarrhée. Le pouls est à 140-160. On constate une énorme ampliation du côté droit : 42 pouces 1/2 et cependant cette femme est ordinairement fine de taille.

Au mois de juin 1872, cette femme eut une fièvre typhoïde avec selles diarrhéiques presque constantes. Vers la fin de sa dothiëntérie elle ressentit de sourdes douleurs dans le côté droit, douleurs qui depuis ne cessèrent plus. Elle eut à ce moment, et plus tard encore, des frissons alternant avec des sueurs profuses. D'après les dires de la malade on ne constatait aucune tuméfaction visible.

A la fin de septembre 1872, les douleurs hépatiques augmentent d'intensité, s'irradient à l'épaule droite et au cou jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. La date exacte de l'apparition de la tuméfaction dans l'hypochondre droit ne peut être exactement déterminée.

La tuméfaction était évidente à la fin du mois d'octobre, puis elle augmenta graduellement de volume et s'accompagna d'ictère.

J'ai examiné la malade au mois de mai 1873 seulement et fis le diagnostic d'abcès du foie.

Une première ponction fut pratiquée avec un fin trocart au niveau de la dixième côte à droite de la vésicule et il s'écoule 11 onces de matière purulente sanguinolente, brunâtre.

À la suite de cette ponction la malade se sentit soulagée, eut un sommeil réparateur et demanda à manger. On accéda à sa demande mais elle vomit immédiatement les aliments.

31 mai. — L'état de faiblesse et d'exténuation de la malade sont les mêmes qu'avant la ponction, le pouls est à 140, la température 101,5 Farenheit (38°,5). Le chloral est moins efficace ; la sensation de distention dans l'hypochondre est plus accentuée. On pratique une injection de morphine.

3 juin. — L'état de la malade s'est suffisamment amélioré pour permettre une seconde ponction que l'on pratique avec un trocart à hydrocèle. On retire une énorme quantité de pus 64 onces. La malade est immédiatement soulagée. Le soir on laisse un drain à demeure.

4 juin. — La malade a bien dormi ; l'état général s'améliore. On change le drain, le premier s'étant bouché, et il s'écoule environ 3 onces de pus. Mais le soir les douleurs qu'éprouve la malade obligent à retirer le drain et il s'écoule encore 11 onces de pus.

5 juin. — Sommeil meilleur. Pouls 118, température : 100 1/2 (38°)

À 3 h. 1/2, violent frisson survenu subitement et à 8 heures on trouve le pouls à 124 et la température à 103 (39°,4). Soif constante. Douleurs violentes dans l'hypochondre droit au moindre changement de position.

6 juin. — Etat stationnaire.

7 juin. — Nuit très mauvaise. Pouls 140, température : 103 1/2 (39°,8). La sensation de « plénitude hépatique » est augmentée. Après un grand frisson, la malade couverte de sueurs tombe dans un état de prostration très accentué. Pas d'appétit. Urines plutôt augmentées.

8 juin. — La malade a eu un frisson ce matin. Le pouls est

rapide, faible à 160. La température est de $103\frac{1}{2}$ ($39^{\circ},8$). Le soir, même état, vomissements muqueux.

9 juin. — La tuméfaction gagne de plus en plus la région lombaire droite. Introduction d'un trocart; évacuation de 64 onces de pus. Le pouls s'abaisse de 136 à 128 et à 4 heures du soir, pouls 112, température $99\frac{1}{2}$ ($37^{\circ},5$).

10 juin. — L'état de la malade s'améliore et l'on peut introduire un gros cathéter. Il s'écoule encore 4 onces de pus. Pas de frisson. L'appétit revient.

11 juin. — Evacuation de 16 onces de pus. Le lendemain l'état général continue encore à s'améliorer et il s'écoule encore 9 onces de pus.

13 juin. — Pouls 120, température $37^{\circ},7$.

15 juin. — Pouls 100, température $37^{\circ},2$.

21 juin. — L'état général est excellent, mais dans l'après-midi la malade eut subitement des douleurs abdominales violentes, surtout du côté droit. Vomissements, prostration. La moindre pression est intolérable. Elle évacue par le rectum des matières semblables au pus retiré de l'abcès du foie.

Les jours suivants l'état général redevient aussi bon qu'avant cet accident et le 25 juin la malade est considérée comme guérie.

DEUXIÈME SÉRIE

Abcès multiples métastatiques

OBSERVATION V

Fièvre typhoïde. — Parotidite suppurée. — Abcès métastatiques du foie.

(Louis. — *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 1841.)

Malade de 21 ans qui dans le cours du troisième septenaire de sa fièvre typhoïde eut un abcès du cou (parotidite suppurée). Incision.

Convalescence apparente au 22^e jour de la maladie.

Mais vers la fin du 4^e septenaire retour du délire et douleurs dans les flancs. Mort au 40^e jour dans un état de prostration extrême.

A l'autopsie. — Parotidite suppurée, plaques cicatrisées dans l'iléum, ganglions mésentériques volumineux, un peu ramollis.

Dans le foie un abcès rempli d'un pus jaunâtre et clair, sans odeur et contenu dans un parenchyme aréolaire ; d'autres tumeurs à contenu également jaunâtre mais sans pus et entourées d'un parenchyme aréolaire.

L'apparence de ces tumeurs, ajoute Louis, qu'elles fussent ou non suppurées ne permettaient pas de les confondre avec les tubercules ; elles rappelaient la structure des abcès du foie »

« Aucun symptôme si ce n'est l'ictère ne pouvait faire soupçonner pendant l'existence du malade une lésion quelconque du foie, bien que celle qui existait fût considérable et déjà probablement ancienne. »

Autres cas d'abcès métastatiques du foie, développés au cours de la fièvre typhoïde.

(Cités par Romberg.)

OBSERVATION VI

(Chrostek. — *Allgem. Wiener, Med. Zeit*, 1866.)

Homme de 26 ans. Fièvre typhoïde. Au 3^e septénaire : périchondrite laryngée. Au 4^e septénaire brusquement frissons puis ictère, Fièvre hectique. Douleurs hépatiques. A l'autopsie : 3 abcès du foie, de volume moyen, communiquant entre eux. Ulcérations des plaques de Peyer.

OBSERVATION VII.

(Freundlich. — *Deutsch, Arch. für Kl. med.*, n° 33.)

Homme de 20 ans entré au 8^e jour de sa fièvre typhoïde. Entre le 19^e et 23^e jour panaris au 4^e doigt et abcès du coude droit. Incision. Fièvre hectique. Aucun symptôme hépatique qu'un léger ictère. Mort au 28^e jour. A l'autopsie : on constate dans le foie de nombreux petits abcès.

OBSERVATION VIII.

Dunin, cité par Romberg, a publié (1) le cas d'un homme de 21 ans ayant présenté au cours de sa fièvre typhoïde un abcès de l'éminence thénar d'ailleurs incisé.

Brusquement vers le 25^e jour, il eut des frissons, des douleurs hépatiques et l'ictère apparut. La fièvre prit le caractère hectique. Mort au 30^e jour.

Autopsie. — Dans le lobe droit du foie on constate la présence d'un très grand nombre de petits abcès. A la pression on pouvait faire sourdre du pus.

L'examen bactériologique a décelé la présence dans le pus du staphylocoque, mais l'auteur lui-même avoue ne pas être certain du résultat.

(1) Ebendas., Bd, S. 379.

TROISIÈME SÉRIE

Abcès multiples par lésions des voies biliaires.

OBSERVATION IX

Abcès du foie par ulcération typhoïdique des voies biliaires.

(Klebs. — *Traité d'Anat. path.*, 1869.)

L'auteur cite comme lésions du foie dans la fièvre typhoïde le cas suivant :

« Un peu après leur division, les branches du canal hépatique pénétraient dans des cavités ayant conservé à peu près la forme cylindrique et sur lesquelles on pouvait encore reconnaître par places le revêtement épithélial du conduit. Ces cavités étaient remplies d'un liquide épais, vert foncé, ayant tous les caractères du pus muqueux. »

OBSERVATION X

Fièvre typhoïde. — Abcès du foie multiples. — Lithiase biliaire.

(*Bull. de la Soc. Anatomique*, 1841.)

Fauraytier communique à la Société Anatomique le cas d'un

malade de fièvre typhoïde qui au 3^e septenaire eut des douleurs vives dans l'hypocondre droit et un ictère. Ces douleurs réapparaurent à plusieurs reprises pendant trois semaines, puis la malade succomba dans un état de prostration extrême après avoir présenté des urines albumineuses. A l'autopsie on constata dans l'intestin grêle des traces d'ulcérations dont quelques-unes en voie de cicatrisation ; dans le foie plusieurs abcès contenant un pus phlegmoneux dans l'un desquels était enfermé un calcul biliaire. Il y avait aussi des calculs dans la vésicule biliaire et dans les canaux.

Réflexions. — Est-ce la fièvre typhoïde qui a provoqué la formation des calculs ou la lithiase biliaire existait-elle avant la fièvre typhoïde ? Il ne nous semble pas que cette observation puisse rentrer dans la catégorie des cas de lithiase post-typhique précoc. La présence de nombreux calculs dans la vésicule biliaire plaide en faveur de l'existence antérieure de la lithiase qui semble dans ce cas avoir été une cause d'appel à la formation d'abcès dans le sein du parenchyme hépatique.

QUATRIÈME SÉRIE

Abcès multiples par pyléphlébite ou lésions ulcéro-gangréneuses intestinales.

OBSERVATION XI

**Fièvre typhoïde. — Pyléphlébite purulente. — Abcès du
foie multiple.**

(Romberg, — *Berl. Klin. Woch.*, 3 mars 1890, p. 192.)

Homme de 34 ans, vigoureux, entre à l'hôpital au 8^e jour de sa maladie. Le mode de début de sa maladie, les symptômes constatés à l'entrée du malade à l'hôpital : fièvre, faciès vultueux, prostration, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite, présence de taches rosées, etc., tout conduit au diagnostic de fièvre typhoïde. La maladie semble même évoluer normalement quoique présentant le caractère adynamique. La fièvre en effet oscille entre 39°,5 et 40°,5 et atteint même 41°.

Dans le courant du deuxième septenaire le malade a deux hémorrhagies intestinales sévères.

Vers le vingt-cinquième jour de la maladie, alors que la défervescence paraissait s'établir, le malade fut pris subitement d'un frisson (température 40°,5). Le lendemain apparut un ictère assez intense qui s'accrut progressivement.

A partir de ce moment-là la température prit un type anormal avec de légères rémissions irrégulières et de temps en temps des frissons suivis d'élévation brusque puis de chute rapide de la température,

En même temps on constatait une augmentation très nette de volume du foie. Cet organe est le siège d'une douleur sourde et très sensible à la pression. Le météorisme abdominal est très développé. On ne constate pas d'ascite. Le malade est dans la prostration.

Les symptômes généraux s'aggravent et le malade succombe dans le collapsus un mois environ après le premier frisson après avoir présenté une température de 41°,6.

Autopsie. — Nombreuses ulcérations en voie de cicatrisation dans la région iléo cœcale de l'intestin. Suppuration diffuse du mésentère correspondant. A ce niveau les racines de la veine mésentérique inférieure sont pleines de thrombus purulents. Foie très volumineux, sa surface est ponctuée surtout vers le lobe gauche de taches jaunes dont les plus grosses sont lenticulaires et qui pénètrent dans la profondeur de l'organe; en les incisant on voit qu'il s'agit de petits abcès, ce que confirme d'ailleurs l'examen histologique. Thrombose de la veine-porte et de ses ramifications. La plupart des thrombus sont en voie de fonte purulente et ont une odeur fétide.

Pas d'autre lésion viscérale qu'une pneumonie hypostatique du lobe inférieur droit.

OBSERVATION XII

Fièvre typhoïde. — Pyléphlébite. — Abcès multiples du foie. — Mort.

(Asch. *Ein Fall von Abdominaltyphus mit Leberabscessen in Kindesalter*, in *Berl. Klin. Wochensch.* 1882.

Nous donnons ci-dessous le résumé de cette observation tel que l'auteur lui-même le fait :

Il s'agit d'un garçon robuste, âgé de 10 ans, atteint de fièvre typhoïde.

Dans les huit premiers jours de sa maladie, il ne présenta rien d'anormal. Il y avait une fièvre constante s'élevant à 40°9 le soir,

et qui s'abaissait légèrement à la suite de l'administration répétée de salicylate de soude.

Au dixième jour de la maladie, on pouvait croire que la période de défervescence allait commencer. On n'observait, en effet, rien d'anormal.

Mais au vingt-et-unième jour, on observa une brusque élévation de température qui se renouvela les jours suivants. Il ne semblait pourtant pas y avoir lieu de craindre une grave complication parce que cette température pouvait s'expliquer par une angine qui survint en même temps.

Mais le vingt-septième jour de la maladie survint un frisson excessivement violent avec élévation de la température à 41°1. Deux jours plus tard, le malade accusait une douleur excessivement violente dans la région épigastrique droite et avait des vomissements non biliaires.

A l'examen, on constatait sur le rebord costal droit, dans la région douloureuse, l'existence d'une tumeur de consistance élastique qui se prolongeait jusqu'au niveau de l'ombilic. Les limites exactes de cette tumeur n'ont pu être déterminées à cause de la douleur et de la contraction musculaire.

A la percussion, la matité de la tumeur se confondait avec celle du foie. De plus, on ne trouvait aucune région proéminente : au contraire, l'abdomen paraissait rétracté. Pas de fluctuation. Pas d'icère.

Pas d'hypertrophie sphérique appréciable.

Pas de dilatation des veines épigastriques.

A dater de cette époque, la fièvre devint intermittente avec température normale ou au-dessous de la normale, le matin, et température élevée le soir. Les frissons ne se sont plus reproduits.

Par contre, le malade dépérissait de plus en plus, et il survenait des sueurs froides abondantes avec faiblesse et prostration.

Le malade succomba au trente-cinquième jour de sa maladie, dans le collapsus.

« De quelle nature était la tumeur ? ajoute l'auteur. — Il ne pouvait s'agir que de deux choses : soit d'une péritonite localisée, soit d'une tumeur hépatique. L'examen du malade ayant été presque

impossible à cause de la douleur, il était également difficile de se prononcer dans l'un ou l'autre sens.

« La douleur abdominale excessive, les vomissements non biliaires et le début brusque des accidents plaident en faveur de la péritonite. Mais contre la péritonite existaient ces faits, à savoir que la tumeur existait dans la région sus-ombilicale et que la région iléo-cœcale était complètement libre. Ce siège de la tumeur coïncidant avec le maximum de douleur et de malité, faisaient pencher pour une tumeur du foie, mais les autres symptômes hépatiques faisaient défaut : pas d'ictère, pas d'hypertrophie splénique, pas de dilatation des veines abdominales.

« Comme nous l'avons dit, on ne pouvait pas, par la palpation, se rendre compte si la tumeur dépendait du foie. — Mais on pouvait soupçonner l'abcès hépatique à cause du grand frisson et de la fièvre intermittente des derniers jours. Mais la tumeur ne faisait aucune proéminence bien marquée, il n'y avait pas de fluctuation, et le grand frisson du début ne se renouvela plus du tout.

« Ainsi nous restâmes dans l'hésitation. Était-ce un abcès du foie ou une péritonite localisée ? »

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un liquide clair en petite quantité.

Dans l'estomac, quelques érosions hémorrhagiques

Dans l'intestin, on constate quelques ulcérations typhoïdiques presque complètement cicatrisées.

Le foie, et surtout son lobe droit, est très volumineux. Sur la convexité du lobe droit, on voit une dizaine de proéminences d'une couleur vert bleuâtre. Le plus gros foyer se trouve à la partie postéro-supérieure mesurant 8 centimètres sur 3. A l'incision de ces abcès, il s'écoule un pus épais d'une couleur jaune clair.

A l'incision qui intéresse les deux lobes, on trouve une très grande quantité de petits foyers purulents en partie fluctuants, et le pus est, dans certains endroits, coloré en vert orangé par la bile. A l'examen, on constate que le pus s'est accumulé dans des branches dilatées de la veine porte.

Les branches porte extra-hépatiques sont bourrées d'un pus de consistence inégale. Les ganglions lymphatiques de la région iléo-

cœrale qui forment une chaîne se dirigeant en haut et à gauche, sont complètement remplis de pus.

Dans les ganglions lymphatiques mésentériques, on trouve quelques thromboses purulentes, particulièrement dans la région mésentérique supérieure. — De même derrière la tête du pancréas, on trouve un ganglion lymphatique gorgé de pus.

Cavité thoracique. — Du péricarde, on retire 100 grammes d'un liquide clair, citrin.

Le poumon droit est adhérent. Au sommet un petit foyer caséeux.

La rate est grosse. Dimensions 14 : 8 : 4 centimètres. Rien de particulier dans les autres organes.

Autres cas d'abcès du foie multiples par pyléphlébite (cités par Romberg).

OBSERVATIONS XIII (deux cas) et XIV

Buccling (*Falle von Leberasc.* Thèse Berlin, 1868).

Buccling, qui a étudié trente-six cas d'abcès du foie à l'Institut de Virchow, en a vu deux consécutifs à la fièvre typhoïde. Mais ces deux cas n'ont pas d'histoire clinique.

Le premier, suivant la méthode allemande, n'est indiqué que par le diagnostic anatomo-pathologique ainsi rédigé :

« Typhus abdominalis ; abscessus hepatis ; thrombus venæ portæ. »

Le second est le résultat de l'autopsie d'un malade de dothiènement ayant succombé au cours du cinquième septenaire : « Nombreuses ulcérations de l'iléon, du cœcum et du colon ascendant, en voie de cicatrisation, — Thrombus de la veine porte et de ses

branches dont les divisions intra-hépatiques se terminent dans des abcès multiples de volume variable et plus nombreux dans le lobe gauche. »

(Nous avons cru utile de publier ces deux observations parce que Romberg, qui paraît assez difficile, les accepte sans conteste. La seconde est d'ailleurs assez nette au point de vue anatomo-pathologique et incontestable).

OBSERVATION XV

Tüngel (*Klin. Mittheil. Abth des Allgem Krankenhauses in Hambourg. a. J.*, 1862-63, p 171).

Homme de 26 ans, atteint de fièvre typhoïde. Vers le quatrième septenaire, frissons, douleurs hépatiques, ictère. — Fièvre irrégulière à grandes oscillations. Mort dix jours après le premier frisson, dans le collapsus.

Autopsie. — Ulcérations typhoïdiques du cœcum, péritonite péri-cœcale. — Pyléphlébite. Abcès du foie de volume moyen, multiples surtout dans le lobe droit.

OBSERVATION XVI

Leudet (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1832), communique le cas d'une femme de 28 ans qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, alors qu'elle était considérée comme guérie, eut des frissons et des accès de fièvre irréguliers et répétés accompagnés de douleurs à la limite de l'épigastre et de l'hypocondre droit. La malade présentait un affaissement très marqué des forces et une prostration comparable à celle de la fièvre typhoïde. La malade succomba deux semaines après le début de ces accidents.

Autopsie. — Phlébite de la veine porte; foie augmenté de

volume parsemé d'abcès apparents quoique assez petits ; plaques cicatrisées dans l'iléum

OBSERVATION XVII

Pyléphlébite et abcès du foie multiples consécutifs à une fièvre typhoïde.

Launois (*Revue de Médecine*, 1895).

Ph... (Amédée), 22 ans, employé, entre salle Sainte-Élisabeth, n° 3, le 8 décembre 1894.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ; père, mère, frères, bien portants.

Il est marié, sa femme est bien portante, un enfant en bonne santé.

Pas d'affections antérieures, pas de bronchites, pas d'impaludisme, pas de syphilis. Il nie tout excès alcoolique. Jamais de coliques hépatiques.

L'affection actuelle aurait débuté le 6 octobre par une fièvre typhoïde, comme l'indique une lettre de son médecin, M le Dr Lacroix. Il aurait eu un début brusque, des vomissements abondants, aqueux, bilieux, pas de céphalée. La diarrhée survint bientôt sans coliques, sans douleurs abdominales. Elle était peu abondante et sans fétidité. — Elle ne dura que deux jours et fut remplacée par de la constipation. Ces alternatives de diarrhée et de constipation continuèrent depuis. Il ne toussait pas du tout.

Après cinq ou six semaines, il se rétablit. Le médecin lui conseilla de se lever et de manger.

Mais après trois jours d'apyrexie complète, il fut pris de frissons violents avec ascension thermique atteignant 40°. En même temps apparaissaient des signes pleuro-pulmonaires aux deux bases, plus marqués à droite. Dix jours environ après le début de ces complications apparut un ballonnement considérable du ventre avec sensations douloureuses plus marquées dans l'hypocondre droit. Le

malade s'est beaucoup amaigri ; l'oppression est permanente, le pouls est faible et précipité. A ne s'en rapporter qu'au dire du malade, le phénomène le plus saillant consisterait en douleurs épigastriques, intenses, permanentes, constrictives, exagérées par l'ingestion des aliments. Il croit aussi que depuis quatre à cinq jours, le ballonnement du ventre a subi une décroissance sensible.

A l'entrée, le malade est pâle, amaigri, bien qu'il prétende avoir été toujours maigre. Il est en proie à une dyspnée assez intense : quarante-huit respirations par minute. La langue est sèche, non fuligineuse ; l'interrogatoire le fatigue et l'essouffle.

Aux poumons, abolition des vibrations aux deux bases, matité, diminution considérable du murmure vésiculaire, pas de pectoriloquie aphone. La respiration est très rude dans les deux poumons avec quelques râles surtout à droite. On perçoit çà et là quelques grosses bulles ; la voix et la toux sont retentissantes au sommet droit.

Au cœur : le cœur est rapide mais pas de bruits anormaux, 120 pulsations.

L'abdomen est ballonné ; la tension abdominale et la douleur généralisée à la pression en empêchent l'examen méthodique.

On obtient par la percussion une sensation de flot à peine perceptible : le liquide n'est pas très abondant : le changement de position ne modifie que peu les données de la percussion en position normale. Pas de zone de matité. On ne voit pas de circulation complémentaire.

Les fonctions intestinales s'accomplissent avec deux ou trois selles diarrhéiques par jour.

Le malade urine bien, pas d'albuminurie, pas d'œdème des membres inférieurs.

La température oscille entre 38°5 et 40°1.

10 décembre. — Egophonie à la base droite, souffle, quelques râles humides ; pouls, 88.

12 décembre. — Pouls, 110. La température est tombée brusquement de 40°1 à 38°, à la suite d'un lavement de 2 grammes de créosote. La température remonte un peu ensuite et atteint 38°, mais cette élévation ne se maintient pas. Et aujourd'hui elle tombe

à 34°6. La température de la peau ne paraît pas concorder avec la température centrale ; le malade ne se plaint pas du froid. Le ventre est tendu, il a été hier légèrement plus douloureux ; il est toujours sensible à la pression, surtout à droite.

Le malade est allé à la selle. Le faciès est pâle et présente l'aspect grippé des péritonites. Respiration, 26. Un peu d'œdème des malléoles. Escarre fessière.

Le malade meurt le 12 décembre, dans la nuit.

Autopsie (le 14 décembre). — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique. Fausses membranes récentes surtout à droite, au niveau du cœcum.

L'intestin ouvert sur toute sa longueur présente une coloration noirâtre des plaques de Peyer, surtout au niveau de la partie inférieure de l'intestin grêle. La plupart des plaques sont cicatrisées : l'une d'elles, à quelques centimètres de la valvule, est encore exulcérée, ainsi qu'une autre, assez large, recouvrant circulairement la valvule elle-même.

Dans l'*appendice*, il y a de même une petite ulcération longitudinale en voie de cicatrisation. L'*appendice* est adhérent à la paroi cœcale.

La *veine-porte* présente un caillot fibrineux fortement coloré en rouge dans toute son étendue. Le caillot a le volume du pouce et adhère à peu près complètement : on peut faire sourdre cependant du pus en pressant tout autour. Les branches d'origine sont obstruées, la splénique contient également un caillot adhérent ; les mésentériques sont aussi oblitérées et surtout la mésentérique inférieure. Il est à noter toutefois que les caillots ne se prolongent pas très loin. Au-dessous, les origines veineuses sont libres et ne contiennent que des caillots cruoriques récents.

Le *foie* pèse 1,800 grammes. Il est peu augmenté de volume. La face inférieure du diaphragme est tapissée par un amas de fausses membranes donnant l'aspect de tartines de beurre.

On trouve, à la section du foie, une dizaine d'abcès dont le plus gros siège à la partie inférieure du lobe droit. Il a presque le volume du poing. Les autres varient du volume d'une mandarine

à celui d'un œuf. Le pus est crémeux, jaune et renferme des petites paillettes rouges d'hématoidine : son odeur est fétide.

En plus de ces abcès à pus collecté, on trouve quelques petits abcès aréolaires surtout vers la partie moyenne de la face inférieure. Ils renferment un pus épais et plus jaune qui ne s'écoule pas après la section. Les voies biliaires et la vésicule sont absolument indemnes à l'œil nu.

Poumons. — Il y a un peu d'épanchement séro-fibrineux dans les deux plèvres, trois quarts de litre environ à droite, un peu moins abondant à gauche.

Dans les poumons on trouve de la congestion aux bases avec un peu de bronchite.

Cœur. — Le cœur est sain. Pas de caillots, pas de lésions des valvules Poids, 250 grammes.

Reins. — Poids : 180 et 170 grammes, aspect graisseux, dégénérescence assez nette.

Rate. — 220 grammes. Peu augmentée malgré le caillot de la splénique. Infarctus étendu en longueur sur le bord interne.

Examen bactériologique du pus des abcès du foie (1). — On recueille à l'autopsie du pus d'un des abcès hépatiques et on ensemente un tube de bouillon ordinaire. Le bouillon se trouble rapidement et à l'examen on constate qu'il a poussé plusieurs micro-organismes. On trouve des cocci, des bacilles allongés, et aussi des bacilles assez courts ayant une forme en navette avec un espace clair au milieu.

Par culture sur milieux et sur bouillon phéniqué à 1 p 100 on arrive à isoler un bacille ressemblant au bacille vu dans les cultures impures.

Ce bacille se colore bien par les couleurs habituelles, fuschine, violet de gentiane ; il se décolore par la méthode de Gram.

Il pousse bien dans un milieu lactosé sans production d'acide lactique, c'est-à-dire ne fait pas fermenter le lactose.

Sur gélatine il liquéfie au bout de quelque temps cette substance

En somme, il s'agit du bacille d'Eberth, la forme, la coloration,

(1) Pratiqué par le docteur Lyonnet.

les cultures de ce microbe semblent bien le prouver. Un seul point est un peu en désaccord avec cette idée. La gélatine est liquéfiée au bout de quelque temps. Cela est assez difficile à expliquer mais ne peut cependant nous faire rejeter l'idée du bacille typhique.

Il a dû s'agir, en effet, à peu près sûrement, d'un isolement imparfait du bacille typhique. Il est probable que sur les tubes de gélatine, il a poussé en même temps quelque bacille liquéfiant la gélatine et que l'examen microscopique n'a pu faire découvrir.

OBSERVATION XVIII

(Osler. — *Transact. of the Assoc. of Amer. physic.*, 1897, p. 382.)

Fièvre typhoïde. — Pleurésie purulente. — Péritonite aiguë d'origine appendiculaire. — Pyléphlébite. — Absès multiples du foie (1).

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui, atteint de fièvre typhoïde depuis trois mois présentait une convalescence anormale et traînante. Au cours de cette convalescence il présenta des symptômes de pleurésie purulente gauche et peu de jours après des signes manifestes de pyohémie sans qu'on eût pu noter aucun symptôme hépatique. Dans ses antécédents je n'ai rien trouvé d'ailleurs du côté du foie, aussi loin que j'ai pu remonter. Le malade succomba trois mois après le début de sa fièvre typhoïde à une péritonite aiguë.

A l'autopsie : Le péritoine contenait à peine quelques onces de liquide trouble et présentait une inflammation intense surtout autour de l'*appendice*. La communication de cet organe avec le cœcum était obstruée et sa paroi présentait une perforation ovale. Dans l'intestin grêle près de la valvule iléo-cœcale on constatait des ulcérations typhoïdiques presque complètement cicatrisées.

(1) Nous n'avons pu retrouver que le résumé de cette très intéressante observation.

Il y avait 54 onces de pus dans la plèvre gauche et les deux poumons présentaient de nombreux tubercules miliaires.

Le mésentère était considérablement augmenté de volume, épaissi et fluctuant comme un véritable sac de pus. Après incision et lavage il apparut criblé de trous dont quelques-uns étaient en rapport direct avec le trajet des veines mésentériques.

Le foie était gros et présentait à la coupe de nombreux abcès directement liés à la suppuration de la veine porte.

En dehors du foie la veine porte n'était plus représentée que par un abcès allongé, à parois épaisses et irrégulières. La veine splénique finissait brusquement sur la paroi du vaisseau suppurant. Elle était d'ailleurs obstruée par un thrombus. Dans le foie, les branches de la veine porte étaient remplies d'un pus d'odeur fétide dont la couleur était tantôt jaunâtre, tantôt verdâtre, paraissant coloré par la bile. La plus grosse branche de la veine porte, celle qui se rend au lobe droit, s'élargissait en deux grands sinus à environ un pouce et demi de son point d'émergence.

La vésicule biliaire contenait trois onces de pus.

Pas d'examen bactériologique du pus.

OBSERVATION XIX (*inédite*) (1)

(Communiquée par M. le docteur Bouloche)

**Fièvre typhoïde. — Abcès au foie multiples, méconnus. —
Ulcérations multiples de l'appendice.**

Le 15 août 1899 entré à l'Hôpital des Enfants, salle Bazin, un enfant de 10 ans, Lej... Henri.

Sa grand'mère qui l'amène ne peut donner aucun renseignement sur les antécédents pathologiques personnels de l'enfant. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

(1) Cette observation sera communiquée ultérieurement plus détaillée, à la Société de Pédiatrie.

La maladie pour laquelle l'enfant entre à l'hôpital a débuté il y a une dizaine de jours par de l'anorexie, de la diarrhée et une céphalée assez intense. Puis le petit malade a eu de la fièvre et il garde le lit depuis cinq jours.

A son entrée l'enfant paraît très émacié, son faciès est vultueux mais l'état typhique est peu prononcé. Contracture de la nuque. La langue est sèche, rouge sur les bords et à la pointe. L'enfant ne se plaint que de céphalalgie. A l'examen, on constate un peu de météorisme abdominal et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate est grosse, le foie non augmenté de volume. A l'auscultation : des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons ; rien aux sommets. Sonorité normale. Selles diarrhéiques très fétides.

En tenant compte de la température, qui à l'entrée du malade marque 39°,8 et le lendemain matin 39°,7, ainsi que du mode de début de la maladie et des signes révélés par l'examen, on porte le diagnostic de fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic positif confirme d'ailleurs l'existence de la dothiéntérie.

Deux jours après apparaissent sur le thorax et l'abdomen quelques taches rosées. L'état du malade semble s'aggraver malgré la balnéation froide pendant les jours suivants et l'affaiblissement est extrême, la prostration assez accentuée. On prescrit alors des injections sous-cutanées quotidiennes de sérum artificiel (250 gr.). En même temps on prescrit la spartéine : les bruits du cœur sont faibles, le premier bruit est mou, un peu sourd ; il y a de la tachycardie ; le pouls est à 140.

Le 20 août : abaissement assez brusque de la température mais état général toujours grave. La diarrhée continue à être très profuse et les selles sont très fétides. On continue toujours les bains et le sérum.

A partir du 20 août jusqu'au 29, la température devient irrégulière et décrit des oscillations entre 38° et 40° ; l'état général ne s'améliore pas.

Le 31 août la température tombe à la normale. Le lendemain elle se maintient aux environs de 37° ; le malade paraît plus éveillé ; il répond facilement aux questions qu'on lui pose.

Du 1^{er} au 13 septembre l'état général s'améliore beaucoup; la température se maintient près de la normale; la langue prend meilleur aspect et la diarrhée diminue beaucoup. Le malade urine en assez grande quantité et demande à manger. En somme il était considéré comme convalescent et en bonne voie de guérison, malgré l'état d'affaiblissement encore très marqué. (sérum.)

Mais au quarante-unième jour de la maladie, le 14 septembre, dans l'après-midi, subitement, l'enfant est pris de frissons; la température s'élève brusquement à 39°,6. M. Ulmann l'examine à la contre-visite et ne note rien de particulier si ce n'est une vague douleur dans le côté droit.

Le lendemain matin la température ne marque que 37 mais l'enfant présente un faciès un peu anxieux. Il se plaint d'une douleur peu violente, il est vrai, dans la fosse iliaque droite. La palpation y est un peu douloureuse et fait constater un peu d'empatement. Il y a un peu de météorisme abdominal. Pas de vomissements mais diarrhée.

Est-ce une rechute ou une appendicite? En attendant que d'autres symptômes viennent éclairer le diagnostic, on prescrit l'application d'un sachet de glace sur la fosse iliaque droite.

Dans l'après-midi du 15 août, même élévation brusque de température à 39°,6, accompagnée de sueurs profuses.

Les jours suivants on constate que les signes constatés au niveau de la fosse iliaque droite ont disparu. Mais la température continue à décrire de grandes oscillations; l'enfant a un faciès terreux; des sueurs profuses, l'émaciation est extrême, tout en somme dénote un foyer de suppuration. On procède alors à un examen méthodique de tous les organes, examen qui reste absolument négatif. Les poumons, les plèvres, le cœur, sont sains. La rate, grosse, n'est le siège d'aucune douleur à la percussion. Le foie ne semble pas augmenté de volume et n'est pas douloureux à la percussion. Rien dans les articulations; pas d'escarre sacrée, pas de suppurations sous-cutanées.

Les jours suivants même résultat négatif à l'examen mais la température continue à revêtir le caractère de la fièvre hectique et l'en-

fant présente encore des frissons. L'amaigrissement est très rapide et très prononcé, la prostration extrême et le 30 septembre le petit malade meurt dans le collapsus.

Autopsie (pratiquée par M. Ulmann, interne du service).

A l'ouverture de la cavité abdominale on est étonné de trouver le lobe gauche du foie descendant jusqu'à l'ombilic. La palpation de cette tumeur la révèle fluctuante : on l'incise et il s'en écoule une grande quantité de pus un peu séreux, verdâtre, d'odeur peu prononcée.

On recueille à ce moment avec toutes les précautions aseptiques usitées une petite quantité de ce pus pour le soumettre à l'examen bactériologique. (Voir plus loin.)

Cette grande poche purulente, du volume d'une orange, une fois vidée et lavée, on constate que sa paroi interne est anfractueuse, très irrégulière, présentant par place une structure aréolaire. La paroi antérieure est très mince par endroits. On détache le foie et on constate sur la face inférieure du lobe droit vers le bord antérieur l'existence d'un autre abcès du volume d'une noix et dont l'aspect intérieur est identique à celui de l'autre poche purulente.

Sur la face convexe du foie on constate l'existence de plusieurs petites tumeurs réniformes qui, à la coupe, laissent écouler un pus identique à celui des deux autres abcès. A la coupe totale du foie, allant transversalement du lobe droit au lobe gauche, on constate que l'organe est bourré de nombreux petits abcès du volume d'une lentille à celui d'une noisette et dont l'aspect rappelle exactement celui des abcès aréolaires d'origine veineuse.

Le péritoine paraît sain.

Intestin. — Sur l'iléon : nombreuses ulcérations, des plaques de Peyer en voie de cicatrisation. Il existe des ulcérations sur les deux faces de la valvule iléo-cœcale et sur les follicules clos du cœcum.

L'appendice est gros, adhérent. A l'ouverture de cet organe on constate la présence de nombreuses ulcérations assez profondes mais pas de perforation. Ces ulcérations paraissent plus récentes que celles de l'intestin grêle et le tissu avoisinant est induré, épaissi.

La rate est tuméfiée mais n'est le siège d'aucune lésion. Les autres organes ne présentent rien de particulier à noter.

On n'a pas pensé à examiner la veine porte.

Examen bactériologique du pus (pratiqué par M. Zuber).

A l'examen des lamelles faites avec le pus prélevé dans la poche de l'abcès au moment de l'autopsie et coloré par la solution hydro-alcoolique de violet de gentiane et par la méthode de Gram, on n'observe aucune forme microbienne apparente. Les ensemencements de ce pus sont faits sur les milieux habituels, bouillon peptonisé, sérum et gélose inclinée en tube, mais à l'étuve à 37° ces tubes restent stériles ; il n'existe par conséquent pas, dans ce pus, d'espèces microbiennes poussant en présence de l'air (1).

Il était nécessaire de compléter cette étude bactériologique par un ensemencement du pus en milieu permettant le développement d'espèces microbiennes strictement anaérobies. Dans ce but, une gouttelette de pus est ensemencée par dilutions successives (suivant la méthode décrite par Veillon et Zuber) dans trois tubes de gélose sucrée, en couche profonde.

Ces tubes, mis à l'étuve, montrent après quarante-huit heures le développement, dans le premier tube, de deux colonies blanchâtres, arrondies. Ces colonies, examinées au microscope, sont formées par un petit bacille. Le réensemencement de ces colonies dans les mêmes tubes d'agar sucré, en profondeur, montre qu'il s'agit d'un bacille strictement anaérobie : le développement de ces colonies s'arrêtant nettement à 1 cent. 1/2 de la surface de la gélose.

L'étude complète de ce bacille n'a pu être faite. Il est permis toutefois de conclure qu'il existait en très petite quantité dans ce pus, à l'état vivant, un bacille strictement anaérobie et dont l'espèce n'a pu être déterminée.

Réflexions. — L'existence de nombreuses ulcéra-

(1) Un premier examen bactériologique pratiqué par MM. Boulloche et Ulmann avait donné les mêmes résultats.

tions dans l'appendice donne ici la clef pathogénique de ces abcès multiples du foie. Ce cas offre, avec celui rapporté par Lannois (Obs. XVII), des analogies frappantes. Il est regrettable que l'on n'ait pas pensé à examiner la veine porte. En tous cas, la multiplicité des foyers purulents dans le foie et leur structure aréolaire d'une part, l'existence des ulcérations appendiculaires de l'autre, nous permettent de ranger cette observation dans la même catégorie que celle de Lannois.

Les symptômes présentés par le malade permettent en outre de supposer qu'à un certain moment il y a eu une crise appendiculaire peu intense il est vrai, que cette appendicite s'est résolue après avoir infecté le foie.

Cinquième série.

OBSERVATION XX

**Fièvre typhoïde. — Gros abcès du foie unique
communiquant avec le poumon droit. — Mort.**

(Thèse Gervais, 1888).

J..., employé de commerce, entre à l'hôpital de Nouméa le 13 mars 1886. Rien à noter dans ses antécédents.

Le début de sa maladie remonte au 10 mars. A son entrée, il a 39°4 de fièvre. Fatigue générale. Vive céphalalgie, anorexie, langue saburrale, gargouillement à la fosse iliaque droite. Insomnie. Le 19, le malade a une légère épistaxis. Le 21, épistaxis abondante. Le 23, éruption de taches rosées sur l'abdomen et à la partie interne des cuisses. Le diagnostic de fièvre typhoïde se confirme de plus en plus. Le malade fait sa défervescence, les allures de la courbe thermométrique ne présentent rien de particulier.

Le 9 avril, 37°4, le malade se plaint d'une douleur très vive partant de la région lombaire et s'irradiant dans la branche droite et jusque vers la ligne médiane en avant. Mais sa température continue à être normale, et le 18 avril, sur ses instances répétées, et à peine convalescent de la fièvre typhoïde, le malade sort de l'hôpital.

Rentré chez lui, J... reste malade, ayant éprouvé, quelques jours après sa sortie, un point de côté à droite qui s'est accompagné de fièvre.

Le 3 mai, il rentre à l'hôpital. A l'examen, on constate l'état suivant : amaigrissement plus notable qu'à sa sortie, expression de fatigue sur la figure ; pouls fréquent, petit (136), respiration un peu

fréquente (36), langue bonne. Le malade accuse toujours une douleur persistante au côté droit du thorax. L'intestin paraît en bon état : pas de diarrhée mais appétit presque nul.

A l'examen du thorax, on constate à la percussion : en avant et à droite : matité absolue remontant presque jusqu'au sommet, avec grande sensibilité à la percussion ; à gauche : sonorité. A l'auscultation, souffle presque tubaire à droite, respiration normale, un peu exagérée à gauche. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal à trois centimètres environ en dehors du mamelon. En arrière : matité absolue du côté droit, respiration obscure, voix de polichinelle, égophonie. Respiration exagérée à gauche.

A partir du 8 mai, la température, qui jusque-là avait été à peu près normale, s'élève le soir et la fièvre prend un caractère rémittent ou même intermittent, la température matinale étant souvent au-dessous de la normale, alors que la température vespérale atteint presque constamment 39°.

Le 15 mai, le malade n'a que 38°1 de température le matin, mais son pouls est à 120.

Le malade meurt le 25 mai, dans le collapsus.

Autopsie (pratiquée le 26 mai).

Cavité thoracique. — Le lobe supérieur du poumon droit est purulent, la partie supérieure est ratatinée et présente de petits tubercules ; la plèvre est adhérente. Le poumon gauche est sain ainsi que le cœur.

Cavité abdominale. — Le foie est excessivement volumineux : il pèse 2 kil. 300. Il présente, à son bord supérieur et postérieur, une vaste collection purulente, communiquant avec le poumon droit par une perforation au diaphragme. Le pus qui s'échappe a une odeur infecte : il est couleur lie de vin. Dans l'intestin grêle, on trouve des ulcérations à demi-cicatrisées.

OBSERVATION XXI

(Thèse Gervais).

Fièvre typhoïde. — Gros abcès du foie multiples.

Mort.

Le condamné B..., âgé de 23 ans, depuis un an à l'île Nou, entre à l'hôpital du Pénitencier le 25 septembre 1885 pour « embarras gastrique fébrile ».

Cet homme, en traitement à l'hôpital, a présenté des signes manifestes de fièvre typhoïde adynamique. Cependant, la défervescence se fit franchement. Il paraissait marcher vers la convalescence, lorsque subitement, un soir, il fut pris de douleurs violentes dans le ventre, son corps s'est couvert de sueurs froides : le pouls est petit, fréquent ; la température s'élève ; nausées ; météorisme abdominal.

Convaincu qu'une péritonite se produisait, je n'hésite pas à l'attribuer à une perforation intestinale. Trois jours après, je perçois une augmentation très notable du volume du foie. La douleur est très vive au niveau de l'hypocondre droit, l'oppression très forte. La matité occupait une étendue de 26 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Le lendemain, je sentis une fluctuation au-dessous des fausses côtes. Le jour suivant je fis une ponction exploratrice qui amena l'écoulement d'un liquide sanieux, jaunâtre, grumeleux, ayant l'odeur des matières fécales. Le mauvais état de l'appareil Potain ne me permit pas de retirer une grande quantité de liquide ; mais je sentais bien que l'extrémité de l'aiguille se mouvait dans une vaste cavité. En raison de l'étendue de cette cavité, du mode de début des accidents, de l'odeur du liquide écoulé, j'hésitais entre une péritonite localisée par des adhérences et un énorme abcès du foie.

Le surlendemain, 9 novembre, le malade succombait et l'autopsie donna raison à cette dernière hypothèse.

Autopsie. — Le foie tout entier, à l'exception du lobe gauche, était creusé de trois grandes cavités d'une contenance d'un litre et

de mi environ, communiquant entre elles, et qui étaient enveloppées d'une coque assez mince. Le tissu formant les parois de l'abcès était comme un putrilage noirâtre, infiltré de sang épanché où toute structure était détruite. Les parois de l'un des abcès étaient tapissées d'une fausse membrane blanchâtre, épaisse, grenue, irrégulière, fortement attachée au tissu du foie. Le liquide était de même nature que celui extrait par aspiration.

L'intestin était ratatiné, poisseux, comme dans le choléra. Le calibre de l'intestin grêle était rétréci au point d'admettre à peine dans sa lumière une plume d'oie. Le gros intestin présentait un peu d'épaississement. Au niveau des plaques de Peyer, traces d'hyperémie mais pas d'ulcération. Le gros intestin présente quelques traces d'ulcérations anciennes à peu près cicatrisées.

Pas de liquide dans le péritoine.

Rate tuméfiée gorgée de sang.

Rien de spécial dans les organes thoraciques, si ce n'est que le poulmon droit est fortement refoulé en haut.

« Le malade (ajoute l'auteur) n'avait jamais eu de dysenterie, n'avait jamais souffert du foie et n'avait jamais séjourné dans les pays chauds. »

« Ce cas est un exemple des plus remarquables du développement rapide des abcès du foie à la suite de certaines affections dans les latitudes chaudes » puisque en somme, depuis le début des accidents hépatiques jusqu'à la mort du malade, il ne s'est écoulé que huit jours.

« La pathogénie de cet abcès présente de grandes obscurités » puisque le malade n'avait pas d'antécédents autres que la fièvre typhoïde pouvant l'expliquer. « Ce cas rappelle par son évolution sourde, rapide, foudroyante, par son énorme développement, les abcès

du foie dont l'histoire est rapportée par Murchison (1)

(1) Murchison. — *Observations on climate and diseases of Burmah*, 1880.

dans ses leçons, et dont l'existence n'est souvent reconnue qu'à l'amphithéâtre. »

OBSERVATION XXII

(Thèse Gervais).

Fièvre typhoïde. — Très gros abcès du foie ouvert dans l'intestin et dans le péritoine.

Le libéré B..., depuis quelques années dans la colonie, entre à l'hôpital de l'île Nou le 11 juin 1886. Il n'a jamais fait qu'un séjour à l'hôpital en 1876 pour « contusion du pied gauche » et fracture du gros orteil ». Pas d'autre antécédent pathologique.

Le 11 juin 1886, au soir, la température est de 39°3. Le diagnostic porté en tête de la feuille de clinique est « fièvre typhoïde », diagnostic d'ailleurs parfaitement confirmé par la suite.

Jusqu'au 21 juin inclusivement, la température oscille dans les environs de 38° le matin et de 39° le soir ; puis la défervescence se fait et la température descend graduellement et régulièrement jusqu'à la normale. A partir du 30 juin, on cesse de prendre la température.

Subitement, le 28 juillet, on note comme température 39°. A partir de ce moment, la température continue à s'élever aux environs de 39° chaque soir, décrivant des oscillations, la température matinale étant presque normale.

3 août. — Selle dysentérique composée d'une partie dure et d'une partie purulente

9 août. — Douleur déchirante au niveau des fausses côtes du côté droit. La feuille de clinique porte alors comme en-tête : « Fièvre typhoïde. Abcès du foie ouvert dans l'intestin ? Péritonite consécutive par perforation ? »

A dater de ce jour, la température reste presque normale et devient même hypo-normale le matin. Le soir seulement, elle s'élève de temps en temps aux environs de 39°.

Décédé le 10 septembre 1886 après amélioration.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, il s'échappe un flot de pus verdâtre de la cavité abdominale. Le foie ne présente plus qu'une coque contenant une énorme quantité de pus fétide, couleur lie de vin. Les intestins, baignés de pus, forment une masse compacte, très adhérente, présentant dans plusieurs points du mésentère, des plaques sphacélées de couleur ardoisée.

OBSERVATIONS XXI-I, XXIV, XXV et XXVI

(*Archives de Médecine navale*, 1891).

M. Legrand, dans une étude fort intéressante sur l'« Hépatite suppurative et les abcès du foie en Nouvelle-Calédonie », relève six cas d'abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde sur les cent trente-trois cas de sa statistique

. Voici les six observations telles qu'elles sont indiquées dans les tableaux de statistique de M. Legrand :

OBSERVATION XXIII. — N° 44. — 1880. — **Fièvre typhoïde.**

Abcès multiples du foie.

Soldat d'infanterie de marine.

A été atteint, à Java, de fièvre typhoïde ou typho-malarienne, présente un abcès du foie pendant sa convalescence.

On pratiqua deux ponctions puis l'opération de Little avec lavages phéniqués.

Mais il y eut récédive, et le malade succomba.

A l'autopsie on trouva un abcès cicatrisé dans le lobe droit, et un autre, énorme, à la face convexe du même lobe.

OBSERVATION XXIV. — N° 60. — 1883. — **Fièvre typhoïde.**
Gros abcès unique.

Soldat d'infanterie de marine.

Aucun séjour colonial antérieur.

Atteint d'abcès dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

On ponctionna l'abcès avec un gros trocart, et après amélioration passagère le malade succomba.

A l'autopsie on trouva un gros abcès du lobe droit à la face convexe. Ulcérations des plaques de Peyer.

OBSERVATION XXV. — N° 84. — 1885. — **Fièvre typhoïde.**
Abcès multiples du foie.

Il s'agit d'un libéré du service militaire qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, contracte un abcès du foie.

On pratiqua une ponction exploratrice puis on évacua le pus par aspiration. Mais le malade succomba.

A l'autopsie on trouva en outre des lésions intestinales classiques de la dothiéntérie, un gros abcès du foie au lobe droit et deux plus petits dans le lobe gauche.

OBSERVATION XXVI. — N° 96. — 1888.

Artilleur. Aucun séjour colonial antérieur.

Convalescent de la fièvre typhoïde.

Pas d'intervention. Mort.

A l'autopsie : Énorme abcès détruisant tout le foie.

Parmi les observations de Legrand, nous retrouvons deux cas déjà relatés dans la thèse de Gervais (n^{os} 89 et 94) et dont nous citons ci-dessus les observations plus complètes.

Au sujet de ces six cas d'abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde, Legrand s'exprime ainsi :

« Bien qu'en général on soit d'accord pour signaler la rareté des abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde, il n'est pas douteux que, de même que l'abcès de la rate également observé ici, cette complication de la dothiéntérie ne soit, en Calédonie, relativement fréquente.

« Nous aurions pu retrouver un assez grand nombre d'abcès compliquant ou succédant à des fièvres typhoïdes, si nous n'avions tenu à écarter certains cas douteux où l'on semblait avoir pris pour des fièvres typhoïdes des hépatites à forme typhoïde.

« Toutefois, tout en nous montrant aussi rigoureux pour la constatation de cette cause que pour les autres, nous avons pu la noter avec certitude, pour des raisons diverses, dans six cas. »

OBSERVATION XXVII

Hépatite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde. — Guérison spontanée.

(Par H. Douart, médecin-major de 1^{re} classe. — *Archives de Médecine militaire*, oct. 1896.)

M. X..., officier d'artillerie, d'une constitution moyenne, d'un

tempérament nerveux, âgé de 36 ans, n'a aucun antécédent de famille, et s'est toujours bien porté avant d'aller au Tonkin. Parti pour cette colonie en mars 1885, il y séjourna deux ans, résidant principalement dans le Delta et sur les limites nord du Delta. Pendant cette période, il eut des accès de fièvre fréquents, mais de peu d'intensité, qui se calmaient par l'usage de la quinine et n'obligèrent jamais l'officier à suspendre son service ; il subit en outre deux atteintes légères de dysenterie : l'une qui dura une quinzaine de jours en mars 1887 ; la seconde qui se produisit en octobre de la même année, au moment où il quittait le Tonkin, et qui prit fin une huitaine de jours après son rapatriement.

Pendant ces deux ans il n'éprouva jamais rien du côté du foie. Depuis son retour en France, cet officier a joui d'une assez bonne santé ; cependant, presque chaque année, il était éprouvé par deux ou trois accès de fièvre intermittentes, d'ailleurs peu intenses ; ayant, en outre, été atteint à diverses reprises de troubles digestifs, il fit, à partir de 1888, usage à domicile d'eau de Vichy, au printemps et à l'automne. Une légère congestion du foie, avec teinte subictérique, s'étant manifestée au commencement de 1894, il se rendit à Vichy cette même année pour la cinquième saison. De retour à Clermont le 15 septembre il se trouvait bien portant et fort satisfait de son traitement thermal, lorsque vers le 15 octobre, il fut atteint d'une fièvre typhoïde.

« Le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté d'après des signes absolument positifs : éruption rosée abondante, courbe thermométrique caractéristique, hémorrhagie intestinale, météorisme abdominal, etc. ».

Cette dothiéntérie, malgré une hémorrhagie intestinale très abondante, survenue au douzième jour qui détermina chez le malade un état de faiblesse extrême, évolua assez régulièrement jusque vers le 3 novembre, affectant une forme adynamique grave. A cette époque, la courbe thermique, qui s'était notablement abaissée les jours précédents, subit une ascension, et la fièvre reprit un type presque continu.

Préoccupé de cette marche de la température, insolite pour l'époque de la maladie à laquelle nous l'observions, nous examinâmes

à plusieurs reprises du 7 au 12 novembre, les différents organes, cherchant une cause à cette fièvre sans en découvrir aucune. L'auscultation de la poitrine ne révélait que quelques râles insignifiants ; la rate ni le foie n'avaient pas sensiblement varié de volume ; le 12, notamment, nous renouvelâmes notre examen sans rien trouver d'anormal.

Le 14, à notre visite du soir, le malade se trouvait plus mal ; vers 3 heures de l'après-midi, il avait été pris subitement de fièvre violente, puis une douleur assez vive s'était manifestée, occupant la région thoracique inférieure à droite et la partie voisine de l'hypocondre. Cette douleur s'accrut tout d'un coup vers 4 heures, en notre présence, au point de devenir excessive, tout en restant aussi étendue. La région indiquée était d'une sensibilité telle que le moindre attouchement, déterminait des accès d'une acuité extrême, qui arrachait des cris au malade, en proie à une dyspnée des plus accentuées ; le moindre mouvement provoquait les mêmes exacerbations. La percussion excessivement douloureuse, bien que pratiquée très légèrement ne nous fit rien constater de particulier en avant ni sur le côté ; l'auscultation de la partie antérieure ne donnait aucun renseignement positif ; impossible d'asseoir le malade sans l'exposer à une syncope.

En face de cette crise si subite et si aiguë, bien que l'abdomen ne présentât qu'un météorisme modéré, comme les jours précédents, notre impression, à ce moment, fut qu'une perforation intestinale venait de se produire. Après avoir pratiqué une injection de morphine, nous prescrivîmes l'application de sinapismes sur la région douloureuse et 10 centigrammes d'extrait thébaïque pour la nuit ; la température ce soir-là atteignait 41°,5.

Le lendemain matin, l'état du malade étant le même que la veille, aucun vomissement, aucune nausée, ne s'étant produits, et le malade ayant été à la garde-robe, il ne pouvait plus être question de perforation ou de péritonite, et nous ne pouvions plus guère songer qu'à une complication pleuro-pulmonaire ou hépatique. L'état du malade resta extrêmement grave pendant trois jours ; l'anxiété respiratoire était la même ; la douleur un peu moins vive et moins étendue, siégeait surtout dans la région du foie avec léger

retentissement à l'épaule droite ; toux insignifiante, expectoration presque nulle et sans aucun caractère particulier.

Le 17, la tendance à la syncope ayant diminué, nous pûmes procéder à un examen complet qui nous donna les résultats suivants :

Dans la position couchée, la région thoracique droite semble présenter latéralement et à sa partie inférieure, une voussure légère, inappréciable à la mensuration. L'extrémité de l'index, enfoncée autant que possible dans chaque espace intercostal, provoque une douleur plus vive qui est la même pour tous. La palpation de l'hypocondre droit, même sous les fausses côtes, ne révèle rien de particulier ; aucune saillie du foie dans cette région. A la percussion, on constate que les dimensions de cet organe sont, en avant plutôt moindres qu'à l'état normal, sa matité inférieure ne commence qu'à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes. La sonorité de la région thoracique antérieure est conservée ; la respiration s'entend nettement jusqu'à la limite supérieure du foie qui n'est pas remontée.

Dans la position assise, les signes sus-indiqués ne varient pas, mais, en arrière, on constate une matité ayant pour limite supérieure une ligne passant horizontalement au niveau de la pointe de l'omoplate et rejoignant la matité du foie en avant, après avoir décrit dans l'aisselle une courbe à convexité supérieure. Le murmure respiratoire s'entend sans aucun râle, dans toute la région située au-dessus de cette ligne ; silence dans toute l'étendue correspondant à la matité. Cette matité est absolue, il n'existe sur ses limites qu'une zone très étroite de submatité, pas d'égophonie, pas d'égophonie, pas de souffle.

Notre examen, quoique rapide, avait beaucoup fatigué notre malade, qui retomba anéanti sur son lit.

Nous ne pouvions pas encore en déduire un diagnostic précis, car si nous avions été à même de constater qu'il ne s'agissait pas d'une complication pulmonaire, une question importante restait, cependant à résoudre : avions-nous à faire à un épanchement pleural ou à une hépatite ? Seule une ponction pouvait nous renseigner sur ce point, toujours difficile à élucider, et nous estimions

avoir grand intérêt à être fixé rapidement, car dans l'hypothèse d'un épanchement pleural, n'y avait-il pas à craindre, étant donné la soudaineté et l'acuité du début, que cet épanchement ait été déterminé par la rupture, dans la plèvre d'un abcès hépatique ayant sourdement évolué au cours de la dothiériémie ; et dans ce cas la question d'intervention chirurgicale ne devait-elle pas être posée ?

L'état de faiblesse du malade, toujours extrême, interdisant momentanément l'usage de l'appareil Potain, nous pratiquâmes le 18, à l'aide d'une seringue de Pravaz, une ponction à l'endroit le plus mat, dans le cinquième espace intercostal ; cette piqûre faite, le malade étant simplement soulevé par des oreillers, ne donna qu'un peu de sang. Cependant la situation semblait devenir un peu moins précaire, notre malade qui, au début de ses accidents était encore plongé dans la stupeur de sa fièvre typhoïde, devenait plus conscient, la diarrhée cessait, les fonctions digestives se rétablissaient et l'appétit commençait à s'éveiller ; néanmoins, la température vespérale restait au voisinage de 38° et des sueurs profuses se produisaient chaque nuit, entretenant une débilité excessive.

Le 20, une seconde ponction fut pratiquée dans le sixième espace intercostal, avec une seringue au corps de pompe beaucoup plus grand, armée d'une longue aiguille ayant le calibre de la plus fine de l'appareil Potain ; le résultat fut le même que la première fois : une minime quantité de sang. Il devenait donc fort probable qu'il ne s'agissait pas d'un épanchement dans la plèvre et nous pouvions patienter sans grand inconvénient ; un vésicatoire fut appliqué sur le côté droit et une médication tonique instituée.

Pendant une huitaine, la température s'abaisse ; le malade mangeait assez bien. Malgré ces conditions, meilleures en apparence, la faiblesse persistait, les sueurs continuaient plus ou moins la nuit, et, bien qu'il ne se produisit pas de frissons, le faciès prenait l'aspect effilé et la coloration gris-jaunâtre que l'on voit chez les suppurants.

Au commencement de décembre, la température vespérale s'étant élevée jusqu'à 39° pendant plusieurs jours de suite, avec sueurs extrêmement abondantes, nous nous décidâmes pour juger défini-

tivement la question de l'épanchement pleural, et voir du même coup s'il n'existait pas un abcès du foie, à faire, le 4 de ce même mois, une troisième ponction exploratrice, à l'aide de l'appareil Potain, armé de son plus gros trocart. Ce dernier fut enfoncé au lieu d'élection de la thoracentèse, dans le sixième espace intercostal, en avant du grand dorsal, point qui nous semblait, d'ailleurs, particulièrement douloureux. L'ayant fait pénétrer d'abord d'environ 5 centimètres, nous ne retirons qu'une petite quantité de sang, nous l'enfonçons alors plus profondément, en plongeant vers la région postérieure, de presque toute la longueur de la canule que nous retirons progressivement; même résultat: l'aspiration fait couler dans le flacon une cuillerée de sang normal.

Le patient, très fatigué par cette ponction, pratiquée cependant dans la position demi assise, tomba presque en syncope au moment où nous terminions l'opération.

Cette fois, l'épanchement pleurétique d'avait être éliminé et nous étions amené à conclure que la maîté thoracique reconnaissait pour cause, l'augmentation du volume du foie par suite d'hépatite. Comment celle-ci allait-elle aboutir?

En raison de son *début si aigu*, en raison des *oscillations de la courbe thermométrique* et des *sueurs profuses* qui se produisaient par séries de plusieurs nuits consécutives, nous nous attendions à la production d'un abcès; aussi, quoique notre trocart n'eût pas rencontré de foyer purulent, nos investigations se portèrent-elles continuellement sur le volume du foie, recherchant s'il se produirait une éminence en un point quelconque, prêt à faire une nouvelle ponction si la moindre indication survenait.

L'attention de l'entourage fut d'abord appelée sur les gardes-robes du malade et sur les matières qu'il pourrait cracher ou vomir en abondance, au cas où un abcès s'ouvrirait spontanément dans l'intestin ou dans les bronches. Rien de semblable ne fut constaté.

Les jours se succédèrent avec une température assez élevée jusqu'au 11 décembre; à cette date le thermomètre accusa brusquement 40°, des sueurs nocturnes se produisirent pendant une huitaine, puis une défervescence très marquée, allant jusqu'à l'hypothermie eut lieu jusqu'au 23.

Pendant cette période le malade continuait à s'alimenter assez bien; ses forces revenaient un peu malgré cette sorte de fièvre hectique; l'estomac et l'intestin fonctionnaient d'une façon absolument normale. D'ailleurs aucun changement dans l'état local : la matité restait la même avec des variations insignifiantes dans les régions postérieure et axillaire, aucune tuméfaction ni rougeur dans un point quelconque, aussi nous nous bornâmes à une médication expectante : calomel à doses fractionnées.

Le 23 décembre, nouvelle poussée fébrile et cette fois avec symptômes d'embarras gastrique accentués : vomissements bilieux et inappétence durant deux ou trois jours, ce qui ne s'était jamais produit jusqu'alors. Un purgatif salin fut administré et le 27 le foie commença à diminuer sensiblement de volume; en quelques jours la matité en arrière s'abaissa de trois travers de doigt, et la respiration s'entendit de nouveau dans cette région; le poumon reprenait peu à peu sa place et ce phénomène s'accompagnait d'une toux sèche, persistant parfois assez longtemps.

La courbe thermométrique s'éleva une dernière fois au commencement de janvier, une teinte subictérique persista pendant quelques jours; mais à la suite d'un nouveau purgatif, cet orage se dissipa et enfin le 6 du même mois, la température revenait définitivement à la normale.

Le foie s'était encore rétracté et avait repris peu à peu ses dimensions physiologiques; la respiration s'entendait jusqu'à la base du poumon, un peu moins forte que du côté sain, dénotant que la plèvre était un peu épaissie, mais sans aucun frottement; ce signe disparut d'ailleurs assez rapidement dans la suite.

A partir de ce jour, l'état général du malade s'améliora rapidement. Bien que son appétit eût été relativement assez bon pendant toute la durée de cette affection hépatique, l'assimilation étant très défectueuse il était resté d'une maigreur extrême; mais une fois la fièvre tombée, il reprit assez vite si bien que son poids qui n'était le 10 janvier, la première fois qu'il avait pu le constater que de 50 kilogr., était remonté le 15 mars à 65. En même temps, le teint s'améliorait, et perdant la couleur subictérique et plombée, s'éclaircissait rapidement.

A la fin de mars, l'officier pouvait reprendre son service avec quelques ménagements.

Réflexions. — Il n'est point douteux que dans le cas précédent, l'hépatite doive être considérée comme une complication de la fièvre typhoïde. Cette complication est sans doute survenue en raison d'une prédisposition spéciale du malade à une lésion inflammatoire du foie. Mais une question se pose : y a-t-il eu véritablement suppuration ?

Des ponctions répétées n'ont pu ramener une seule goutte de pus. A première vue, il semblerait que ce cas doive être rangé dans la catégorie des hépatites purement congestives, se terminant par résolution et sans suppuration. Mais par l'analyse des symptômes, l'on peut se rendre compte que cliniquement l'affection a plutôt évolué dans le sens de la suppuration.

L'intensité des phénomènes douloureux ; la longueur de la maladie ; la marche de la température, qui, à diverses reprises s'est fortement élevée pendant plusieurs jours, décrivant de grandes oscillations irrégulières, à maximum vespéral, et sans les trois stades classiques du padludisme ; les sueurs profuses ; le faciès du malade, effilé, terreux, l'état général adynamique, grave : tous ces symptômes dénotaient la suppuration.

« Ce sont là des signes d'une intoxication passagère mais très profonde, qu'on ne trouve pas dans l'hépatite purement congestive, et qui nous semblent suffisants pour admettre qu'il s'est formé pendant l'évolution de cette infection inflammatoire du foie, un ou plusieurs

foyers purulents, sans doute de petit volume et profondément situés, qui, au lieu de devenir appréciables à nos moyens d'investigation, se sont successivement résorbés » (Douart).

Ce cas d'ailleurs est à rapprocher de celui rapporté par Kelsch et Kiéner () qui ont observé chez un dysen-

(1) Traité des maladies des pays chauds, p. 221.

térique un cas d'hépatite subaiguë grave terminée par résolution.

I. ETIOLOGIE.

Les abcès du foie, en tant que complication de la fièvre typhoïde appartiennent à la catégorie des faits rares. Romberg, sur une statistique de 677 dothiémentériques soignés à la clinique médicale de Leipzig avec 88 décès, ne relève pas d'autres abcès hépatiques que celui qui lui sert de point de départ. Cet auteur cite également une statistique de Schultz faite à l'hôpital de Hambourg : il n'y a pas un seul cas d'abcès du foie su 3686 cas de dothiémentériques dont 362 décès. Mais par contre, Dopfer (1), sur 627 autopsies de fièvre typhoïde, aurait noté 10 fois des abcès du foie. Il est vraiment regrettable que ces cas n'aient pas d'histoire clinique.

D'autre part, Legrand (2), sur 133 cas d'hépatite suppurée observés en Nouvelle-Calédonie, relève six cas d'origine typhique.

Bien plus, les abcès du foie d'origine typhique ne sont pas seulement rares en eux-mêmes, mais aussi relativement aux abcès du poumon, du rein ou de la

(1) Dopfer. Münch. méd. Wochenschr. 1888, p. 621.

(2) Legrand, loco cit.

rate reconnaissant la même origine. Ceci est bien fait pour nous étonner, si nous comparons les connexions vasculaires si directes, qui rattachent le foie aux ulcérations intestinales typhiques, aux connexions que le poumon, la rate ou le rein présentent avec les lésions primitives de la dothiéntérie.

Et pourtant cette rareté des abcès hépatiques s'explique très bien par l'action microbicide et antitoxique du foie. Cette fonction hépatique, d'abord admise comme hypothèse pour expliquer la stérilité de quelques pus d'abcès du foie, a été démontrée, ces dernières années par l'expérimentation. (Defage, Charrin et Ruffer, etc. (1). Pour M. Roger, (2) ce pouvoir protecteur du foie serait tellement notable qu'il rendrait inoffensive une culture de bactérie charbonneuse inoculée par la veine porte et 64 fois supérieure à celle qui serait mortelle, inoculée par une veine périphérique. Sur les toxines cette action s'exerce aussi, comme le démontrent les expériences de Kotliar d'ailleurs confirmées par Lapique (3).

Mais déjà en 1890, avant ces auteurs, et au point de vue spécial qui nous occupe, Legry (4) avait fait des expériences pour déterminer l'action du foie sur le bacille d'Eberth et sur ses toxines. Ses expériences lui ont permis de formuler les conclusions suivantes : « Le foie peut arrêter et détruire les microbes qui lui sont

(1) Voir à ce sujet Congrès de Bordeaux, 1893. Rapport de Hanot Castellani. — *Riforma medica* Napoli, 1893. T. III.

(2) Roger. Soc. de Biologie, 12 mai 1898.

(3) Soc. de Biologie, 1896.

(4) Thèse de Paris, 1890.

amenés par la veine porte ; il arrête environ la moitié des substances toxiques contenues dans les extraits alcooliques faits avec des matières fécales de typhiques ; il semble diminuer la toxicité des produits solubles sécrétés par le bacille d'Eberth ». Remlinger (1), d'autre part a constaté que la virulence du bacille d'Eberth, contenu dans le pus de l'abcès du foie était presque nulle, alors que l'Eberth du pus de la plèvre avait conservé toute sa virulence. Ce fait vient donc encore apporter une nouvelle preuve du rôle protecteur du foie contre les infections.

Et d'ailleurs, le foie aura-t-il été atteint antérieurement, il supportera moins bien la lutte contre l'infection dans le cours de la dothiéntérie et l'abcès se produira plus facilement. En effet, si nous recherchons quelles peuvent être les causes prédisposantes à l'hépatite suppurée dans le cours de la fièvre typhoïde, un premier fait nous frappe tout d'abord : c'est que sur 27 connus, 15 se sont produits dans les pays chauds on chez des individus y ayant vécu quelque temps. On sait que le séjour dans les pays chauds provoque dans le foie cet état complexe fait de stase sanguine, de stase veineuse et peut-être aussi de stéatose que les Anglais appellent *torpeur du foie*. Toutes ces lésions placent l'organe dans des conditions de moindre résistance et diminuent son action protectrice contre les infections : elles mettent donc le foie dans des conditions de réceptivité particulières, au point de vue de la fixation et de la culture des micro-organismes. C'est ainsi que s'expli-

(1) Remlinger, Méd, mod. 1897,

que la forte proportion d'abcès du foie observée consécutivement à la fièvre typhoïde dans les pays chauds.

Notons en passant, ce fait particulier : la majorité des cas d'abcès uniques du foie d'origine typhique ont été observés dans des pays chauds.

Mais tous les malades observés n'ont pas été soumis à ces influences météorologiques et climatiques : il faut donc faire intervenir d'autres causes prédisposantes. Malheureusement les observations ne relatent aucun antécédent pouvant être accusé d'avoir été une cause prédisposante. L'alcoolisme est-il intervenu quelquefois ?

L'âge semble n'exercer aucune influence sur la formation de ces abcès du foie, 4 cas ont été observés chez des enfants ; tous les autres chez des adultes de 20 à 35 ans.

La lithiase biliaire ancienne pourrait-elle être considérée comme prédisposante ? Elle est notée une seule fois ; dans le cas de Fauraytier, il y a eu de véritables abcès du foie au centre desquels se trouvaient des calculs certainement déjà anciens. Or, dans plusieurs cas, la lithiase biliaire fut une cause prédisposante à l'angiocholite et à la cholécystite typhiques. Il est donc permis de classer cette maladie parmi les causes prédisposantes.

Quelles peuvent-être les causes occasionnelles ? Les écarts de régime dans le cours de la dothiéntérie ne sont notés dans aucune observation.

La forme revêtue par la fièvre typhoïde ne semble avoir que peu d'effets sur la formation d'abcès dans le

foie. S'il est vrai que les abcès métastatiques ont compliqué le plus souvent des fièvres typhoïdes graves, cela n'est plus vrai pour les autres abcès qui se sont développés tant au cours des fièvres typhoïdes les plus bénignes qu'à la suite des dothiésentéries graves.

Au point de vue étiologique *l'appendicite para-typhoïde* (1) semblerait devoir être assez souvent incriminée. Mais dans aucune observation on n'en a noté des symptômes bien nets. Dans le cas de Lannois, où pourtant l'existence de cette appendicite avait été prouvée par l'autopsie, aucun symptôme ne l'avait révélée.

(1) Dieulafoy. *Semaine médicale*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En parcourant les relations des autopsies, un premier point frappe l'attention : c'est qu'à la suite de la fièvre typhoïde on peut observer des abcès du foie uniques et des abcès multiples.

M. le professeur Dieulafoy (1) n'admet pas que la fièvre typhoïde puisse provoquer l'hépatite suppurée circonscrite. Pour lui, cette complication ne peut succéder qu'à une appendicite para-typhoïde et la pathogénie des suppurations hépatiques d'origine typhique serait dans tous les cas absolument identique à celle des abcès de foie d'origine appendiculaire. « Dans la fièvre typhoïde, « dit Monsieur le professeur Dieulafoy, bien que l'intestin et le cœcum soient labourés par de grosses « ulcérations typhiques, bien qu'ici comme dans les « ulcérations tuberculeuses, la brèche soit largement « ouverte à tous les micro-organismes de l'intestin, « ceux-ci ne s'engagent pas dans la veine-porte, ils ne

(1). Dieulafoy. Leçons sur le foie appendiculaire. Se maine médicale, 1898, p. 432.

« vont pas coloniser dans le foie, parce qu'ils n'ont pas été préparés en cavité close. »

Nous avons pu réunir un certain nombre de cas d'abcès uniques du foie d'origine typhique. Parmi ces cas, nous n'en retiendrons que trois : ceux de Remlinger, de Swain et de Sorel (obs. I, II, III), ce dernier suivi de guérison à la suite de l'intervention chirurgicale. Nous laissons de côté les autres cas qui pourraient, à la rigueur, être contestés, soit que les constatations anatomiques n'aient pas été relatées avec assez de précision, soit que l'influence de la fièvre typhoïde dans leur production paraisse quelque peu contestable.

Les trois cas de Sorel, de Remlinger et de Swain sont absolument incontestables ; le premier, grâce aux résultats très nets de l'autopsie, les deux autres, grâce à l'examen bactériologique du pus.

Quel aspect revêtent ces collections purulentes uniques ?

Leur aspect présente les plus grandes analogies avec celui des grands abcès d'origine dysentérique. Le volume en est assez notable : les abcès ont présenté les dimensions d'une grande orange, d'une balle de cricket ou d'une tête de fœtus. Ils se sont développés vers la face convexe du foie dans les trois cas, une fois dans le lobe droit, deux fois dans le lobe gauche. Les parois de ces abcès ont été trouvées recouvertes d'un pus plus épais, au dessous duquel se voyaient des villosités, puis une couche lardacée. Le pus contenu dans ces cavités

à présenté, dans tous les cas, les caractères du pus louable de couleur brunâtre ou jaune verdâtre. Dans aucun cas on n'a noté d'odeur fétide du pus. Macroscopiquement on le voit, ces abcès uniques, d'origine typhique, sont absolument analogues aux abcès dysentériques.

Un fait intéressant à noter et qui nous servira à expliquer la pathogénie de ces abcès, c'est que, dans aucun cas d'abcès unique, il n'y a eu de lésions de péritonite appendiculaire ou de lésions de pyléphlébite ; notons aussi que dans aucun de ces cas on n'a constaté de lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin.

Dans le cas de Swain (obs. II), la guérison a suivi si rapidement l'évacuation du pus qu'on ne peut admettre qu'il y ait eu de pyléphlébite suppurée. D'autre part, aucun symptôme n'avait trahi l'existence d'une pyléphlébite adhésive. Dans deux autres cas, l'autopsie n'a révélé aucune lésion ni dans l'appendice, ni dans le péritoine, ni dans le système porte. Il n'y avait pas une goutte de pus dans l'abdomen. En revanche, les ulcérations typhiques de l'intestin étaient bien nettes : pas de perforation, pas de processus gangréneux avancé, et de plus, Remlinger a noté que, sur les plaques de Peyer, les bacilles typhiques étaient très abondants.

Etudions maintenant les abcès multiples. Nous trouvons des différences considérables entre cette hépatite suppurée diffuse et l'hépatite circonscrite. Ces différences ne consistent pas seulement dans le nombre des

abcès, mais aussi dans leur forme, dans leur contenu et dans les lésions suppuratives concomitantes que l'on trouve constamment à l'autopsie.

Nous adopterons la classification de Romberg pour l'étude anatomo-pathologique de ces abcès multiples.

Les abcès métastatiques du foie d'origine typhique se présentent avec tous les caractères anatomo-pathologiques des abcès métastatiques développés au cours de n'importe quelle autre maladie infectieuse : grand nombre, aspect auréolaire, etc. Nous ne nous y arrêterons pas.

Les abcès multiples consécutifs à une ulcération typhique des voies biliaires sont excessivement rares. Le seul cas publié est celui de Klebs (1) : « Un peu après leur division, les branches du canal hépatique pénétraient dans des cavités assez larges ayant conservé à peu près la forme cylindrique et sur lesquelles on pouvait reconnaître par places le revêtement épithélial du conduit. Ces cavités étaient remplies d'un liquide épais, vert foncé, ayant tous les caractères du pus muqueux ».

Ce sont, en somme, des lésions de périangiocholite suppurée. La fièvre typhoïde cause assez fréquemment de l'angiocholite suppurée, mais, dans aucun autre cas que celui de Klebs on n'a noté, à la suite de fièvre typhoïde, la formation de véritables abcès dans le parenchyme hépatique entourant les canaux biliaires. Dans tous ces autres cas on ne notait que la suppuration des vaisseaux biliaires, mais sans ulcération de leurs parois

(1). *Loco citato*.

et sans lésions de périangiocholite. Nous n'avons pu retrouver aucun cas identique à celui de Klebs.

Dans un cas pourtant (Fauraytier), les abcès multiples se sont formés dans le foie au cours d'une fièvre typhoïde, et dans le milieu de l'un d'eux était enfermé un calcul biliaire. Leur contenu était un pus phlegmoneux. On pourrait peut-être ranger ce cas dans la même catégorie que celui de Klebs, mais les données anatomiques sont insuffisantes.

Nous avons vu que les abcès du foie uniques d'origine typhique présentaient des analogies complètes, au point de vue anatomo-pathologique, avec l'hépatite suppurée circonscrite d'origine dysentérique. L'exposé qui va suivre va nous montrer de la façon la plus évidente que, entre les lésions d'origine typhique du foie et de certains organes abdominaux, constatées dans les cas d'abcès multiples par pyléphlébite et celles du foie appendiculaire, les analogies ne sont pas moins frappantes.

Les dimensions de ces petits abcès variaient de celles d'une lentille à celles d'une noisette. Ces petits abcès peuvent, en certains points, se réunir, et par leur coalescence former une ou plusieurs collections assez volumineuses, mais l'aspect irrégulier des parois de ces grandes collections montre nettement leur mode de formation. Dans la plupart des cas, on a noté que ces abcès affectaient la forme aréolaire, que leur contenu était un pus fétide, à caractère plus ou moins gangréneux. Dans tous les cas, on a constaté que les branches portes intra-hépatiques, souvent remplies de pus, semblaient

s'ouvrir dans ces petits abcès aréolaires; en somme, lésions de péripyléphlébite. Ne retrouvons-nous pas là tous les caractères anatomiques du « foie appendiculaire ? »

L'énumération des lésions abdominales extra-hépatiques que l'on a trouvées dans tous ces cas va rendre encore cette analogie plus évidente. L'inflammation des parois de la veine-porte a été constatée dans tous les cas et cette pyléphlébite a été suppurée dans trois cas et adhésive dans les cinq autres cas.

Mais un fait intéressant à noter, c'est que, dans presque tous les cas, on a constaté la présence du pus dans la région iléo-cœcale : tantôt c'était une péritonite péri-cœcale très nette, tantôt la fonte purulente des ganglions lymphatiques péri-cœcaux ; une fois enfin on a constaté la présence d'une véritable péritonite appendiculaire, consécutive à la perforation de l'appendice.

Dans les cas où l'on n'a pas constaté la présence du pus dans la région iléo-cœcale, on a trouvé des lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin (cœcum et appendice).

Les lésions de l'appendice n'ont été, il est vrai, notées que trois fois : dans les cas de Lannois (1895), d'Osler (1897) et de Boullouche. Il est permis toutefois d'admettre que si les autres auteurs n'en ont pas noté, c'est qu'ils ont observé leurs cas à une époque où l'attention des médecins n'avait pas encore été attirée sur l'appendice. En tous cas, il est curieux de constater que cette lésion a été constatée dans les trois observations les plus récentes. Lannois constata la présence d'une ulcération assez récente sur la paroi appendicu-

laire. Osler trouva une belle appendicite avec cavité close et perforation appendiculaire, Bouulloche trouva de nombreuses ulcérations assez profondes sur les parois de l'appendice.

En somme on peut, aux point de vue anatomo-pathologique, ranger les cas d'abcès du foie d'origine typhique en deux grandes classes :

1^{re} classe : Abcès uniques présentant les plus grandes analogies avec les abcès dysentériques. Dans ces cas on n'a constaté aucune suppuration abdominale : la veine-porte ne présentait pas de lésions.

2^e classe : Abcès multiples.

Ici trois catégories :

1° Abcès métastatiques ;

2° Abcès par lésions des voies biliaires ;

3° Abcès par pyléphlébite : dans les cas qui rentrent dans cette catégorie on a noté l'existence d'une suppuration abdominale ou de lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin d'une part, et de l'autre, des lésions suppuratives hépatiques présentant avec celles du foie appendiculaire les analogies les plus frappantes.

PATHOGENIE.

Le bacille typhique peut se rendre de l'intestin au foie par trois voies différentes :

1^o Par la voie biliaire : dans ces cas il semble très rarement produire de véritables abcès, mais plutôt la cholécystite ou l'angiocholite sans lésions de périangiocholite ;

2^o Par la voie artérielle : dans ces cas il se produit de véritables abcès métastatiques, dus à des embolies septiques spécifiques ;

3^o Par la voie portale.

Nous ne dirons rien de la pathogénie des abcès du foie d'origine typhique, par infection métastatique ou par infection biliaire. Elle se résume en cette simple phrase : rien de particulier à noter. Nous nous contentons de renvoyer le lecteur aux auteurs qui ont spécialement traité ces questions. Plusieurs expérimentateurs ont démontré comment se faisait l'infection du foie par voie biliaire au cours de la fièvre typhoïde. D'autres ont même pu la réaliser. MM. Gilbert Girode (1) et

(1) Société de Biologie, 1890.

Dominici (1) dans sa thèse, ont particulièrement bien étudié ces questions. Mais nous l'avons vu, ces cas en somme, ne présentent que des rapports lointains avec le sujet qui nous occupe.

Nous devons surtout nous attacher à étudier la pathogénie des grands abcès du foie uniques et des abcès multiples d'origine portale. Les lésions intestinales ou péri-intestinales et celles du système porte, observées constamment en même temps que certains abcès multiples du foie, permettent de suivre ainsi pas à pas le passage des principes infectants et pyogènes de l'intestin au foie. Si l'anatomie pathologique du foie appendiculaire est identique à celle de l'hépatite suppurée, diffuse d'origine porte, la pathogénie en est aussi analogue: Il y a eu d'abord formation d'une collection juxtra-intestinale paraissant avoir été le plus souvent péri-appendiculaire. Dans d'autres cas (ceux observés par Lannois et Bouloche, la lésion intestinale primitive a été une lésion ulcéreuse avancée de l'appendice. Puis les branches d'origine de la veine porte, baignant dans ce pus ou dans les pullulations de micro-organismes au niveau des ulcérations, ont transmis l'infection au foie. Cette transmission s'est faite, soit par continuité le long des parois des vaisseaux porte, depuis leurs origines jusqu'à leurs ramifications intra-hépatiques, soit par détachement d'embolies septiques multiples des thrombus pariétaux de la veine porte, ou d'embolies purulentes du contenu de cette veine.

(1) Thèse de Paris, 1894.

La richesse de vascularisation veineuse au niveau de l'appendice et du cœcum sur laquelle ont insisté Jonnesco en 1894 (1) et plus tard M. le professeur Dieulafoy dans ses leçons sur l'appendicite, expliquent d'une façon très satisfaisante la facilité avec laquelle le système porte se trouve envahi sur ce point. Qu'une ulcération vienne à se produire sur le cœcum ou l'appendice, toutes ces veines ouvertes seront envahies par le pus ou les matières septiques intestinales. Et d'ailleurs, cet envahissement du système porte a été constaté au niveau du point même où les germes pénètrent. « Les rameaux veineux appendiculaires et iléo-cœcaux ont été trouvés remplis par des bouchons fibrineux et obstrués. On a vu ainsi l'inflammation se propager par continuité pour ainsi dire et on a assisté, pas à pas, à cette propagation ». (Berthelin) (2).

Comme pour les abcès du foie d'origine appendiculaire, l'identité au point de vue des caractères extérieurs (couleur, odeur, gangreneuse) entre le contenu de la suppuration juxta appendiculaire et le pus des abcès du foie, a été constatée dans presque tous les cas.

Mais, dira-t-on, il est des cas où on n'a pas constaté de suppuration véritable péri-appendiculaire et qui ont été suivis de formations d'abcès du foie. En effet, dans le cas de Lannois on n'a trouvé qu'une ulcération, assez profonde, il est vrai, des parois de l'appendice ;

(1) Progrès médical, 1894.

(2) Thèse de Paris. Suppurations hépatiques d'origine appendiculaire,

dans le cas de Boulloche, on n'a noté de même que des ulcérations multiples du même organe. Savons-nous si, à un certain moment de la maladie, ces ulcérations ne se sont pas compliquées d'un petit foyer suppuratif qui se serait résorbé. Les symptômes appendiculaires présentés par le malade de Boulloche ne permettent-ils pas de supposer qu'à un certain moment il y a eu formation de *cavité close* ? Les appendicites para-typhoïdes doivent, il nous semble pouvoir se manifester par une simple crise passagère, puis disparaître, comme les appendicites d'autre origine. En tous cas, M. le Prof. Tripier (de Lyon) qui pratiqua l'autopsie du malade de Lannois n'a pas hésité à attribuer la pyléphlébite et les abcès multiples à l'ulcération intestinale : nous nous croyons autorisés par l'opinion de M. Tripier, à attribuer la même origine aux abcès multiples observés dans le cas de Boulloche.

Mais cette propagation de l'infection par continuité, de l'intestin au foie, si elle explique d'une façon très satisfaisante, la formation d'abcès multiples dans le tissu hépatique, ne saurait nous donner la clef de la pathogénie des abcès uniques. Nous l'avons vu : dans les cas d'abcès uniques pas une fois on n'a constaté de lésions suppuratives péri-intestinales, pas une fois on n'a trouvé de lésions de pyléphlébite. Quelle peut donc être la pathogénie de cet abcès unique ?

M. Rendu, dans son remarquable article du Dictionnaire des Sciences médicales, a dit à propos des abcès dysentériques : « Il faut bien reconnaître que la doctrine d'une phlébite par proportion qui servirait d'intermé-

diaire entre l'ulcération intestinale et l'hépatite n'est pas applicable à tous les cas et Budd a eu tort d'en faire une théorie générale..... Il est bien prouvé que très souvent l'investigation la plus attentive ne fait découvrir aucune altération vasculaire dans les origines de la veine porte. Il faut donc nécessairement faire intervenir dans la genèse de ces accidents hépatiques d'autres éléments qui sont l'embolie et la thrombose ». Il est permis de supposer que, par analogie avec ce que l'on a observé dans ces cas d'hépatite dysentérique, la migration des bacilles typhiques dans la veine porte et dans les vaisseaux du foie, doit se faire par embolies septiques. Cette migration par embolies qui a été prouvée expérimentalement pouvoir être la cause des altérations multiples du foie dans la fièvre typhoïde (1), peut-elle provoquer, au sein du parenchyme hépatique, de véritables abcès ? La question a besoin d'être élucidée.

Pourquoi dans les cas justiciables de cette explication pathogénique se forme-t-il des abcès uniques ? Y a-t-il eu une seule embolie septique ou bien des embolies multiples ? Ces embolies multiples détachées tout à coup de la surface des ulcérations, comme par une décharge microbienne, ont-elles plus de tendance à suivre la même voie ? Ou bien ne provoquent-elles la suppuration que dans certaines régions du tissu hépatique alors que dans d'autres, plus résistantes, elles ne provoquent-

(1) Legry. Contrib. à l'étude dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1890.

raient que les lésions hépatiques ordinaires d'origine typhique ? Ce ne sont là que des explications qui doivent rester à l'état de simples hypothèses jusqu'au moment où l'expérimentation s'emparera du sujet.

En tout cas, l'anatomie pathologique nous apprend que, dans les abcès multiples, la propagation de l'infection semble s'être faite suivant deux modalités et par continuité, le long des parois de la veine porte (infiltration purulente des parois, péripyléphlébite) et par embolies septiques détachées des thrombus pariétaux plus ou moins purulents. Il semble que cette modalité pathogénique puissante place le foie dans de meilleures conditions pour subir une inflammation diffuse qui se traduirait par la formation de foyers purulents multiples.

Pour les abcès uniques, l'anatomie pathologique nous force à admettre une seule hypothèse pathogénique : c'est le détachement de la surface des ulcérations typhoïdiques d'une ou de plusieurs embolies qui iront coloniser dans une partie circonscrite du foie et y provoquer la suppuration.

On pourrait, à la rigueur, faire une autre hypothèse et expliquer la formation de ces collections purulentes uniques par ulcération typhoïdique des canaux biliaires intra-hépatiques. Une ou plusieurs de ces ulcérations pourraient avoir déterminé de la périangiocholite suppurée, localisée. La coalescence de divers abcès d'origine biliaire amènerait la formation d'une collection purulente unique. Dans ces cas l'infection pourrait se faire par voie rétrograde (Gilbert et Girode). Si l'on admettait cette hypothèse la présence du bacille typhique,

seul dans le pus de ces abcès uniques s'expliquerait, peut-être plus facilement par analogie avec ce que l'on a observé dans des cas d'angiocholite suppurée d'origine typhique : la suppuration ne serait pas du tout d'origine intestinale. Et cependant cette hypothèse nous semble moins admissible que celle des embolies ; le caractère du pus de ces abcès uniques n'offrait aucune analogie avec celui du pus d'angiocholite. D'autre part il faut tenir compte de l'extrême rareté des angiocholites suppurées à bacille d'Eberth. Dominici, dans sa thèse (1894), n'en relate en effet aucun cas. Et puis, si l'on n'admettait pas l'origine intestinale de ces suppurations, comment expliquer la pullulation anormale de bacilles typhiques, constatée par Remlinger sur les ulcérations des plaques de Peyer ?

Nous admettrons donc que ces ulcères uniques d'origine typhique reconnaissent la pathogénie admise par certains cas d'hépatite suppurée des pays chauds : le transport de l'infection par embolies septiques virulentes, à travers la veine porte sans pourtant laisser des traces de leur passage.

BACTÉRIOLOGIE

Depuis la découverte du bacille d'Eberth-Graffky, plusieurs travaux ont été entrepris pour déterminer son action pathologique et celle de ses toxines ou la réaction des divers tissus à leur égard. On a tout d'abord refusé au bacille typhique toute action pyogène. Puis l'expérimentation et les examens bactériologiques ont démontré d'une façon irréfutable que ce rôle pyogène pouvait être rempli par le bacille d'Eberth. Mais une question reste posée : quelles sont les conditions dans lesquelles le bacille d'Eberth fait du pus et celles dans lesquelles il n'en fait pas ?

« C'est là, dit M. Achard (1), malheureusement une question à laquelle il est encore impossible de donner une réponse catégorique : il faut constater le fait et avouer qu'on n'est pas en mesure de l'expliquer.

« Mais si peu explicable qu'il soit, ce fait ne doit pas nous surprendre, car il est assez général et ne s'observe pas seulement dans les cas de pleurésie éberthienne. Ne le constatons-nous pas aussi dans cette même infec-

(1) Achard, Pleurésies à bacilles d'Eberth. Sem. méd. 18 oct. 1898.

tion typhique en bien d'autres organes ? L'ostéomyélite typhique peut aboutir à la suppuration sans intervention d'aucun autre agent pyogène que le bacille d'Eberth ; et pourtant, dans certaines conditions, elle avorte, pour ainsi dire, ou du moins elle ne détermine qu'une lésion qui se résout, se traduisant seulement par des douleurs osseuses et une tuméfaction localisée, laquelle disparaît après un laps de temps variable.

« La rate, dans la fièvre typhoïde, est, comme vous le savez expérimentalement, le siège de foyers bacillaires non suppurés et pourtant, d'une façon exceptionnelle, on a pu voir se développer des abcès spléniques ne renfermant pas d'autre agent microbien que le bacille d'Eberth. Expérimentalement on voit aussi produire du pus dans certains cas et pas dans d'autres. De même pour le coli-bacille, ce proche parent du bacille typhique. Et si, de ces microbes relativement peu pyogènes, nous passons à ceux qui sont considérés à juste titre comme agents habituels de la suppuration, nous devons aussi reconnaître que parfois ils se rencontrent dans des lésions qui ne suppurent pas. »

M. le professeur agrégé Achard cite des abcès de la rate dans le pus desquels on n'a décelé la présence que du bacille typhique pur : les mêmes constatations bactériologiques ont été faites dans certains abcès hépatiques d'origine typhique : les abcès uniques.

Au point de vue bactériologique, la division en abcès multiples et en abcès uniques se retrouve. Bien plus, les constatations faites sont de nature à prouver que la pathogénie intime de ces deux sortes d'hépatite suppurée

post-typhique n'est pas identique. En effet, qu'a révélé l'examen bactériologique du pus des abcès uniques dans les deux cas où il a été pratiqué? Remlinger n'a pu isoler que le bacille d'Eberth pur; Swain a isolé, par cultures sur milieux divers, quelques rares colonies de staphylocoques dorés et de très nombreuses colonies de bacille typhique. De l'avis de plusieurs bactériologistes distingués, entre autres M. Zuber, on peut dans ce cas-là ne tenir aucun compte des staphylocoques qui étaient vraiment en trop petit nombre. La réaction de Widal dans le cas de Swain a même été assez notable: l'agglutination d'une goutte de culture en bouillon était évidente avec 20 gouttes de sérum de typhique. Le bacille était donc très virulent.

Les résultats de l'examen bactériologique du contenu de l'abcès du foie observé par Remlinger ont fait le sujet d'un article paru dans la *Médecine moderne* (24 mars 1897). M. Remlinger les a fait suivre de certaines réflexions très intéressantes que nous jugeons indispensable de citer en entier :

« L'examen microscopique du pus, prélevé avec toutes les précautions voulues à l'intérieur de l'abcès, a montré l'existence de quelques bacilles courts, trapus, à bouts arrondis, se décolorant par le Gram, absolument identiques aux bacilles trouvés dans la plèvre. On n'a constaté la présence d'aucune amibe. Ensemencé en bouillon, le pus a fourni une culture pure d'un bacille qui présentait tous les caractères du bacille d'Eberth. Une différence très intéressante cependant mérite d'être relevée entre le bacille retiré de la plèvre et le bacille

retiré du foie. Elle est tirée de la virulence très différente que le bacille d'Eberth possédait dans les deux cas. Dans la plèvre il était très virulent; un centimètre cube d'une culture jeune en bouillon inoculé dans le péritoine d'un gros cobaye de 650 grammes a déterminé en 48 heures la mort de l'animal à la suite d'une belle péritonite d'où le bacille d'Eberth a pu être isolé et des passages d'animal à animal ont encore réussi à exalter la virulence de ce bacille. Le bacille d'Eberth retiré du foie s'est, tout au contraire, montré totalement dépourvu de virulence. 3 centimètres cubes d'une culture jeune en bouillon, inoculés finalement dans le péritoine d'un jeune cobaye de 300 grammes, ont laissé l'animal absolument indifférent.

« Ce petit fait prouve une fois de plus la non-virulence des microbes retirés des abcès du foie, mais il emprunte une importance particulière à ce fait que, non virulent dans le foie, le bacille d'Eberth était très virulent dans la plèvre, à moins d'un centimètre de distance. Il semble donc bien que la substance hépatique jouisse de la propriété d'atténuer rapidement la virulence des micro-organismes venus à son contact. La dernière étape de cette atténuation de virulence est vraisemblablement l'entière disparition du bacille.

« La dysenterie et la fièvre typhoïde sont deux affections qui, au point de vue clinique dans certains cas, mais surtout au point de vue anatomo-pathologique, présentent certaines affinités. Il y avait presque lieu d'être surpris que l'hépatite suppurée, complication fréquente de la dysenterie, survint si rarement au cours

de la dothiéntérie. L'observation que nous venons de relater établit ainsi un nouveau point de contact entre ces deux affections... La bactériologie du reste est en train de compléter cette analogie entre la fièvre typhoïde et la dysenterie en montrant que l'une et l'autre sont causées par un bacille très voisin.

« Les derniers travaux de Celli tendent, en effet, à faire admettre que l'agent pathogène de la dysenterie est un coli bacille un peu spécial.

« Bruno, Galli et Valerio (1) ont même appliqué cette découverte à la séro-thérapie de l'affection et ont obtenu des résultats encourageants. On peut ainsi considérer le coli-bacille, le bacille d'Eberth et le bacille de la dysenterie comme trois membres d'une même famille, et il y a lieu de se demander si le cas d'abcès du foie à bacille d'Eberth que nous venons de relater n'est pas susceptible, en raison de cette parenté, d'éclairer un peu la pathogénie des abcès dysentériques. *Le bacille d'Eberth très abondant au niveau des plaques de Peyer de notre malade, a été, selon toute vraisemblance, transporté au foie par le système porte, et il y a provoqué un abcès.* N'y a-t-il pas là un argument en faveur de cette opinion que la production des abcès dysentériques reconnaît un mécanisme analogue ? Le bacille spécifique de la dysenterie, coli un peu modifié, n'a pas encore été rencontré dans le pus des abcès du foie. Ne peut-on supposer qu'il est plus sensible que l'Eberth à l'action antiseptique spé-

(1). L'étiologie et la sérothérapie de la dysenterie humaine. Centralblatt für Bakter, 19 novembre 1896.

ciale de la cellule hépatique, que sa virulence s'atténue plus rapidement et qu'il disparaît plus vite ? Une ponction ou une autopsie précoce d'abcès dysentériques du foie permettra sans doute, un jour ou l'autre, d'être fixé sur ce point. »

En somme, dans les grands abcès uniques du foie d'origine typhoïdique, l'examen bactériologique dans deux cas n'a révélé que la présence d'un seul micro-organisme : le bacille d'Eberth seul apparut, tant à l'examen microscopique du pus qu'à la suite de cultures en milieux divers.

Comparons maintenant ces résultats à ceux de l'examen bactériologique du pus des abcès multiples. Après la découverte du bacille d'Eberth, plusieurs cas ont été observés : ceux de Romberg, de Lannois et de Boulloche.

Romberg a pratiqué l'examen bactériologique et n'a vu que le staphylocoque. Mais il ajoute « qu'il regrette vivement de n'avoir pu faire un examen suffisant ». Il est donc permis de n'en tenir aucun compte. Osler n'a pas pratiqué d'examen bactériologique. Restent donc les résultats des examens pratiqués par Lannois et par Boulloche.

Lannois a constaté la présence dans le pus de nombreux micro-organismes, mais n'en décrit qu'un seul, présentant tous les caractères classiques du bacille d'Eberth qu'il était parvenu à isoler. Rappelons les caractères gangréneux de ce pus crêmeux, d'odeur fétide.

D'autre part, examinant le pus des abcès multiples du foie qu'ils avaient observés, MM. Boulloche et Ull-

man l'ont trouvé d'abord absolument stérile : rien à l'examen microscopique direct, rien par cultures successives sur agar, sérum et bouillon peptonisé. Mais ce pus était fétide, un peu séreux ; son origine semble nettement intestinale. M. Zuber l'examina ensuite et après plusieurs cultures en milieux anaérobies, arriva à déceler la présence dans ce pus de deux ou trois colonies strictement anaérobies sans pouvoir en préciser l'espèce. Donc, dans les deux cas, on a constaté les caractères gangréneux d'un pus produit par des germes ayant déjà occasionné un processus gangréneux dans l'intestin, peut-être purulent, à un certain moment. Dans un cas on trouva dans ce pus plusieurs espèces microbiennes indéterminées et le bacille typhique, dans l'autre on ne décela que des anaérobies.

Considérons les résultats des savantes recherches de MM. Veillon et Zuber (1) sur la bactériologie de ces pus d'odeur gangréneuse ou fétide. « Le pus à odeur fétide ou de nature gangréneuse contient microscopiquement un grand nombre de microbes et cependant les cultures, en présence de l'air libre, ne donnent que peu ou point de micro-organismes ». Ces auteurs ont pu formuler cette loi générale : « On trouve les microbes anaérobies dans des affections variées mais toutes caractérisées par un processus gangréneux ou putride. La relation qui existe entre ce processus et les microbes anaérobies est tellement intime que nous ne l'avons jamais vue manquer ». MM. Veillon et Zuber ont cons-

(1). Les anaérobies et leur rôle en pathologie. Soc. de Biologie 6 mars 1897 et Arch. de méd. expérimentale 1898, pages 517-547.

taté la présence des anaérobies dans tous les pus d'appendicite qu'ils ont examinés. Or, nous avons vu quelle analogie frappante on retrouve entre les caractères extérieurs du pus hépatique et du pus juxta-intestinal ou appendiculaire dans le cas d'abcès multiples par pyléphlébite d'origine typhique. MM. Zuber et Lereboullet(1) ont, d'autre part, retrouvé les anaérobies dans le pus d'une cholécystite calculuse suivie de péritonite par perforation et, dans tous les pus qu'ils ont retiré des suppurations juxta-intestinales, MM. Veillon et Zuber ont constaté la présence des anaérobies auxquels, d'ailleurs, ils attribuent le plus grand rôle dans la production des phénomènes toxiques observés au cours de ces suppurations.

En rapprochant ces données et ces résultats des analyses bactériologiques du pus pratiquées dans les cas observés par Lannoiset Boulloche, une conclusion s'impose à l'esprit : c'est que dans ce pus d'abcès du foie multiples par pyléphlébite ou processus gangréneux intestinal, il faut rechercher les anaérobies. On les trouvera presque à coup sûr associés au bacille d'Eberth si l'hépatite suppurée est d'origine typhique.

La stérilité du pus notée à l'égard des espèces aérobies dans le cas de Boulloche nous semble explicable par l'action même du foie. Ce fait est même très intéressant à rapprocher de l'atténuation notable de virulence du bacille typhique dans le foie notée par Remlinger ; et l'entière disparition des micro-organismes dans le cas

(1). Société anatomique, 1878, page 787.

de Boulloche n'est peut-être que le stade définitif de cette atténuation de virulence.

Nous n'avons aucune donnée bactériologique sur les abcès métastatiques du foie d'origine typhique pas plus que sur les abcès dus à une lésion typhoïdique des voies biliaires.

SYMPTOMATOLOGIE

Marche. — Terminaisons.

A en croire les auteurs classiques, les symptômes de l'hépatite suppurée seraient nombreux et saillants : point de côté hépatique, douleur à l'épaule droite, augmentation de volume du foie, frissons, fièvre, troubles digestifs, etc., tous ces symptômes si nets conduiraient fatalement au diagnostic. Certains auteurs vont même jusqu'à indiquer les symptômes qui permettent de diagnostiquer la situation de l'abcès.

A côté de cela, grande est votre surprise quand, en lisant les observations d'abcès du foie, vous vous apercevez que, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic n'a pu être fait qu'à l'amphithéâtre.

L'un des plus éminents praticiens des pays chauds, Béranger Féraud, a dit à ce sujet : « Le foie est désespérant quelquefois par son silence. »

Ce que nous disons là des abcès du foie en général, s'applique tout aussi bien à ceux d'origine typhique en particulier.

Nous allons essayer, d'après les observations ci-dessous publiées, de trouver quels symptômes pourraient mettre le praticien sur la voie du diagnostic.

Nous n'avons pas grand chose à dire sur les abcès métastatiques compliquant la fièvre typhoïde et qui dans la plupart des cas ont passé inaperçus. Comme dans les abcès du foie métastatiques consécutifs à n'importe quelle autre maladie infectieuse, le tableau clinique, quoique moins net dans les cas consécutifs à la fièvre typhoïde, semble se dérouler suivant deux ordres de symptômes.

Tout d'abord, et le plus souvent vers le quatrième ou cinquième septennaire, apparaissent brusquement des symptômes de pyémie, puis, après quelques jours, la localisation hépatique se manifeste : alors le foie devient gros, douloureux dans sa profondeur et superficiellement, suivant qu'il y a ou non de la périhépatite. En même temps, apparaît l'ictère : l'état général est de plus en plus adynamique et le malade meurt dans un état typhique de septicémies graves.

C'est en somme l'infection purulente, et les abcès du foie métastatiques, qu'ils soient d'origine typhique ou d'autre origine, partagent malheureusement avec cette infection la même gravité de pronostic et la même inefficacité de traitement.

Le diagnostic en a été rarement fait. D'ailleurs comme symptômes à peu près constants nous ne relevons que la fièvre hectique et l'ictère. Louis (obs. V) méconnut cette complication malgré les symptômes de pyémie et l'ictère que présenta son malade. Il nous

semble qu'en tenant compte de l'existence d'un foyer purulent dans une autre partie du corps, de la fièvre, de l'ictère et de la douleur hépatique, on doit pouvoir reconnaître cette complication dans la majorité des cas, à condition que l'on veuille bien chez tous les dothiéntériques prendre comme règle absolue d'explorer le foie aussi bien que la rate.

Malheureusement, ce diagnostic fut-il fait, ne pourrait pas profiter au malade qui fatalement succombe assez rapidement dans le marasme hectic.

Heureusement, les autres abcès du foie d'origine typhique ne comportent pas un pronostic aussi sombre. Aussi, y aurait-il grand intérêt, soit à les éviter, soit à les diagnostiquer tout au début afin de pouvoir intervenir chirurgicalement.

C'est, dans la majorité des cas, vers le quatrième ou cinquième sep'ennaire d'une fièvre typhoïde ayant pu présenter des caractères très bénins que la suppuration d'origine typhique se manifeste.

Peu ou pas de prodromes. Deux fois seulement (Obs. III, X, XII) on a noté une angine précédant le frisson initial. Dans d'autres cas, on a remarqué quelques troubles gastro-intestinaux : la diarrhée, semble assez fréquente ; deux fois on a constaté que les accidents hépatiques avait succédé assez rapidement à des hémorragies intestinales sévères.

Mais le plus souvent (et réserves faites sur les formes insidieuses dont l'observation de Remlinger est un bel exemple), le malade est brusquement pris de frisson. La température s'élève rapidement à 39°-40°

et redescendaussi rapidement à la normale ou au-dessous de la normale. L'état général devient rapidement grave : le malade est anxieux, les yeux hagards ; et ce début brusque par frisson, joint quelquefois (Obs. XII) à une douleur atroce et très violente, étendue à tout l'abdomen, fait penser à une péritonite par perforation. Le météorisme, constaté même avant le frisson, peut en s'accroissant augmenter encore les difficultés du diagnostic.

En même temps que ce frisson initial on voit, dans d'autres observations, apparaître des symptômes thoraciques qui égarent le diagnostic : on ne pense qu'à une pleurésie.

L'ictère, symptôme inconstant, apparaît vers le début après le frisson initial et augmente progressivement. Un fait intéressant à noter est que cet ictère survient plus fréquemment dans les cas d'abcès multiples que dans ceux d'abcès unique. En effet, sur les 6 cas d'abcès multiples non métastatiques ayant une histoire clinique nette, l'ictère s'est montré 4 fois alors qu'il n'est noté que dans un seul cas d'abcès unique. — Les grandes dimensions de l'abcès dans ce dernier cas (Obs. IV) expliquent d'ailleurs cet ictère comme la grande diffusion des lésions explique la présence presque constante de ce symptôme dans les cas d'abcès multiples.

Ordinairement, quatre à cinq jours après ce début brusque, les symptômes abdominaux ou thoraciques s'amendent et la localisation hépatique de la suppuration apparaît avec plus de netteté. C'est la période d'état.

A cette période, nous relevons deux ordres de symptômes. Tout d'abord des symptômes fonctionnels apparaissent plus nettement. Les troubles intestinaux, diarrhée, météorisme, inappétence, quelquefois vomissements, sont notés dans certaines observations. Mais la douleur du début qui dans certains cas envahissait tout l'abdomen et était franchement abdominale, devient mieux localisée à l'hypochondre droit. Le malade accuse bien une douleur profonde, constante, quelquefois très violente, d'autres fois sourde, ayant un maximum plus ou moins nettement situé dans l'hypochondre droit, au niveau des derniers cartilages costaux ou en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate.

A cette dernière localisation du maximum de la douleur se joignent des signes sthétoscopiques à peu près constants (matité absolue, égophonie etc., etc.) et quelquefois aussi des symptômes fonctionnels thoraciques (toux, dyspnée) qui font souvent méconnaître l'abcès du foie et porter le diagnostic de pleurésie ou de pneumonie. (Obs. XX).

Les irradiations de la douleur (point du côté hépatique) dans les cas où elles existent, ne peuvent donner aucune indication : la douleur à l'épaule droite, citée par les auteurs classiques comme signe presque pathognomonique de l'existence d'un abcès du foie, n'est notée dans aucune observation.

A la période d'état, les symptômes généraux sont graves et absolument comparables à ceux que provoque l'abcès du foie d'origine dysentérique : prostration extrême, fièvre à caractère rémittent, irrégulier, ou

même intermittent, présentant son maximum le soir, de temps en temps précédée de frisson et rarement suivie d'un stade de chaleur. Les frissons peuvent se répéter à cette période, mais ils surviennent irrégulièrement et ils ne précèdent pas nécessairement chaque élévation thermique. Le pouls fréquent bat 120.

Quand aux signes physiques locaux, ils restent dans certains cas à peu près nuls. C'est à peine si l'on constate une légère voussure dans la région hépatique à l'examen on trouve le foie douloureux à la percussion et augmenté de volume, mais cette augmentation du foie est prise pour la matité pleurale surtout si l'on a constaté des signes sthétoscopiques et des symptômes fonctionnels thoraciques. Dans les cas de ce genre, existerait-il une voussure à peine appréciable, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'hépatocentère qui seule peut faire affirmer l'existence d'un abcès.

Dans d'autres cas, malheureusement rares, ces signes locaux mettent sur la voie diagnostique. Ce sont les cas où l'abcès unique s'est développé aux dépens de la face inférieure du foie et alors tout comme les gros abcès d'origine dysentérique, la voussure dans l'hypochondre droit, la constatation d'une tumeur élastique, rénitente, dont la matité fait corps avec la matité hépatique, la percussion très douloureuse au niveau du foie et principalement de la tumeur, tous ces signes permettent de faire le diagnostic. C'est d'ailleurs dans ces cas là que, grâce aux symptômes physiques, on eut l'idée de pratiquer la ponction exploratrice et si l'on a obtenu la guérison dans deux cas d'abcès du foie d'origine typhique,

ce fut parce que le diagnostic put être fait assez tôt pour permettre l'intervention chirurgicale et la rendre utile.

Au point de vue de la marche et de la durée de l'affection qui nous occupe, il nous semble que l'on peut ranger les cas connus en trois catégories répondant à trois formes distinctes :

1^o Forme suraiguë (Obs. XXI) où en moins de huit jours après le frisson initial, le malade succombe à un abcès du foie ayant détruit tout le parenchyme hépatique.

2^o Forme aiguë : c'est celle qui a été le plus fréquemment observée.

3^o Forme subaiguë, latente ou chronique ou insidieuse, dans laquelle nous croyons pouvoir placer l'observation publiée par Chater, celle de Remlinger et enfin celle de Douart que nous avons d'ailleurs discutée. (Voir l'obs.)

Dans le cas de Remlinger, tous les symptômes que présenta le malade plaidaient en faveur du diagnostic de pleurésie purulente, et d'ailleurs le malade ne présentait ni les grandes oscillations thermométriques que l'on trouve dans tous les cas d'abcès du foie, ni aucun symptôme de localisation hépatique. La température ne fut jamais très élevée, et au point de vue de la marche de l'affection, ce cas est assimilable à ceux de pleurésie purulente à bacille d'Eberth dont parle Achard (1) et qui ont évolué presque sans fièvre. « La pleurésie à

(1) Achard. Empyème à bacille d'Eberth. Semaine médicale,

bacille d'Eberth n'a, dit Achard, ni une évolution rapide, ni une marche envahissante ». On est en droit de dire que dans le cas de Remlinger, la pleurésie seule manifesta sa présence et que l'abcès du foie sûrement antérieur à la pleurésie, ne se manifesta par aucun symptôme évident. Considérons en effet la courbe thermométrique jointe à cette observation : la fièvre ne décrit pas de grandes oscillations et, après le point de côté, au lieu de s'élever, la température s'est maintenue entre 37 et 38°.

Dans le cas de Chater, la marche de la maladie a été encore plus nettement chronique. Le début de l'infection hépatique remonte certainement à la période de convalescence de la fièvre typhoïde au moment où la malade ressentit des douleurs dans l'hypochondre [droit, douleurs qui ne la quittèrent plus et qui, de temps en temps, s'accroissaient et s'accompagnaient de frissons et de fièvre. Ce n'est que dix mois après ce début brusque, mais peu violent que la suppuration se manifesta. L'abcès alors se forma, devint évident et par les symptômes physiques locaux et par les symptômes généraux ou fonctionnels.

La terminaison des abcès du foie d'origine typhique est la mort dans tous les cas d'abcès multiples. Le malade succombe dans le marasme hectique une à cinq semaines après le début des accidents.

Mais dans un cas où il a paru y avoir abcès multiples (Obs. Douart), la maladie s'est terminée par gué-

ri son spontanée. Nous avons expliqué plus haut pourquoi cette guérison spontanée nous paraissait acceptable par analogie avec les cas cités par Kelsch et Kiéner (1).

Nous ajouterons que, par analogie avec certains cas d'abcès du foie d'origine appendiculaire, la guérison spontanée peut encore être admise pour les abcès multiples du foie d'origine typhique.

M. Achard, au sujet d'une observation de M. Letulle (2) relatant un cas d'appendicite compliquée d'abcès du foie diagnostiqués et dont l'autopsie fut faite quelques mois après la guérison du malade, fait les réflexions suivantes :

« Il est permis de se demander si dans le foie, l'infection d'origine appendiculaire ne pourrait pas se traduire dans des cas moins graves et même rapidement mortels par les phénomènes moins bruyants qu'un processus pyogène, par de simples pyléphlébites capillaires, par l'évolution sourde et progressive d'un processus séléreux. C'est une hypothèse qui paraît légitime, si l'on considère les données nouvelles que la notion des infections d'origine gastro-intestinale a introduit dans la pathogénie des cirrhoses ». (3)

La terminaison des gros abcès du foie, uniques ou multiples peut être la même que celle des petits abcès multiples, c'est-à-dire la mort dans le marasme hécti-

(1) Kelsch et Kiéner *Traité des maladies des pays chauds*.

(2) *France médicale*, 1890.

(3) Achard : cité par Berthelin. *Thèse de Paris*, 1895, et par Hanot. *Congrès de Bordeaux*, 1895.

que. Mais dans ces cas, le pus a plus de tendance à se frayer une route au dehors et l'abcès s'ouvre souvent dans un organe du voisinage.

L'ouverture dans le péritoine a été notée trois fois. Il est à remarquer que dans le cas rapporté par Sorel, cette péritonite a évolué avec un caractère subaigu, sans réaction aucune. Ce fait semble s'expliquer par le rapprochement avec le caractère bactériologique du pus de l'abcès hépatiques observé par Remlinger. Rappelons que dans ce dernier cas le bacille typhique retiré de l'abcès du foie a été trouvé presque dépourvu de virulence. D'ailleurs, des faits analogues de péritonite sans réaction ont été observés à la suite de l'hépatite suppurée d'origine dysentérique (1). Mais cette péritonite peut se manifester aussi par le symptôme classique de la péritonite suraiguë (Obs. XXII).

L'ouverture de l'abcès dans l'intestin a été notée deux fois (obs. IV et XXII). Dans l'un de ces cas elle a été contemporaine de la péritonite suraiguë; dans l'autre (Chater); elle s'est manifestée par des évacuations de pus par le rectum.

La communication de l'abcès avec les organes thoraciques est notée deux fois (obs. I et XX) et cette complication semble être plus précoce que l'ouverture dans les organes abdominaux. Dans le cas de Gervais, l'ouverture dans le poumon semble s'être produite presque contemporanément à l'abcès lui-même: les premiers signes furent des symptômes pulmonaires très nets

(1) Segond. Traité de Chirurgie. Art. Absès du foie.

(matité, égophonie, souffle presque tubaire). Dans l'autre cas (obs. I) la pleurésie seule manifesta sa présence et l'hépatite suppurée passa inaperçue.

On n'a pas noté une seule fois l'ouverture spontanée à la paroi abdominale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des abcès du foie d'origine typique présente souvent des difficultés presque insurmontables. Il y a des problèmes à résoudre.

A. Y a-t-il abcès du foie ?

B. Y a-t-il abcès unique ou abcès multiples ?

A. Le début brusque avec frisson, élévation thermique, état général grave, douleur abdominale vive, peut faire penser à une péritonite par perforation. Dans certains cas, assez fréquents d'ailleurs, le météorisme, les vomissements, accentuent l'analogie avec cette complication beaucoup plus fréquente de la dothiéntérie. Mais au bout de quelques jours, les symptômes péritonéaux disparaissent ou s'amendent considérablement et au lieu de constater la terminaison rapidement mortelle de la péritonite on voit revenir le malade peu à peu à lui : les symptômes douloureux s'amendent, le malade a des selles, tout enfin semble rentrer dans l'ordre. Mais la fièvre continue à décrire de grandes oscillations. Puis l'attention du médecin se porte vers le foie où la douleur semble être plus constante et plus forte. Pour

peu qu'à ce moment-là on constate une augmentation de volume du foie, son inégalité, ou l'existence d'une voussure à son niveau, le diagnostic d'hépatite suppurée doit s'imposer. On doit, pour plus de certitude, pratiquer l'hépatocentèse. Mais, nous l'avons vu, des cas aussi nets se sont bien rarement présentés.

D'autres fois le début est brusque, la fièvre prend le caractère bilio-septique, la douleur hépatique est diffuse, l'ictère apparaît. La confusion avec l'angiocholite post-typhique peut alors se faire, d'autant plus que l'angiocholite est en somme une complication plus fréquente que l'hépatite suppurée. Un signe assez précieux permettra dans quelques cas d'éviter l'erreur : dans l'angiocholite post-typhique qui ne provoque pas la formation de véritables abcès dans le sein du tissu hépatique (et c'est le cas le plus fréquent) le foie n'augmente pas aussi rapidement de volume que quand il est le siège d'abcès multiples. De plus, à aucun moment on ne constate de voussure bien nette ni de tumeur. L'examen des urines pourrait peut-être parfois lever les doutes.

La cholécystite à bacille d'Eberth peut se manifester par des symptômes à peu près identiques à ceux des abcès typhiques du foie. Il est des cas où la tumeur par son siège (tumeur répondant au bord interne du muscle grand droit et située au-dessous du rebord costal) et par ses caractères, ou la douleur par son siège, permettent de faire le diagnostic. Mais il ne faut pas oublier que

la cholécystite typhique ne se traduit souvent que par des symptômes vagues : elle peut évoluer sans même qu'il se forme de tumeur appréciable (Cadéac) (1) et ne se traduise que par le syndrome de la péritonite suraiguë. On voit combien, dans certains cas, le diagnostic différentiel entre l'hépatite suppurée et la Cholécystite typhiques peut présenter de difficultés.

A l'apparition de la douleur hépatique et de la tuméfaction du foie, on peut quelquefois hésiter entre une fièvre typhoïde à forme hépatique et une suppuration du foie. Mais, nous allons le voir, cette hésitation n'est possible que dans les cas où la douleur hépatique et l'augmentation du volume du foie précèdent l'apparition de la fièvre. M. Crespin (2), d'Alger, et tout récemment M. Roger (3) ont étudié cette forme hépatique de la dothiéntérie. La tuméfaction du foie est accompagnée de douleurs spontanées ou provoquées à son niveau ; les troubles digestifs y sont très accentués, l'ictère assez fréquent. Dans les cas mêmes où tous ces symptômes se rencontreraient, un seul signe différentiel suffirait à faire faire le diagnostic. S'il s'agit d'une hépatite suppurée, la fièvre ne tardera pas à se manifester avec les caractères que nous lui avons décrit : dans les cas de fièvre typhoïde à forme hépatique, au contraire, « il y a une tendance très manifeste à l'hypothermie » (Roger).

L'existence de signes sthétoscopiques à la base droite, le point de côté du début, la toux, la dyspnée, assez

(1) Cholécystites suppurées. Thèse de Paris, 1891.

(2) Crespin. Gazette des Hôpitaux, Déc. 1897.

(3) Roger. Presse médicale. 28 février 1900.

fréquemment observés au début, peuvent faire croire à l'existence d'une pleurésie para-typhoïde. La thoracocentèse peut, d'ailleurs, confirmer le diagnostic. Nous avons vu cette pleurésie compliquer très rapidement l'abcès du foie dont elle dissimulait complètement les symptômes. Le point de côté hépatique peut être pris pour celui de la pleurésie ; l'augmentation du foie pour un abaissement de cet organe ; la fièvre même peut ne pas revêtir le type habituel qu'elle prend dans l'hépatite suppurée et le diagnostic devient impossible. Il se peut que dans d'autres cas le diagnostic se fasse plus facilement. Un enseignement cependant découle de ce qui précède : de même qu'une pleurésie droite, chez un ancien dysentérique, doit immédiatement attirer l'attention sur le foie, de même on doit savoir que chez un typhique, la pleurésie purulente droite à bacille d'Eberth peut être consécutive à un abcès du foie. Avant de faire l'opération de l'empyème, que l'on songe à examiner le foie et qu'au besoin on pratique une hépatocentèse. Ce sera le seul moyen d'être fixé définitivement sur la nature et l'origine du mal et l'on pourra intervenir utilement à la fois pour la pleurésie et pour l'hépatite suppurée.

Cette question de l'existence d'une suppuration hépatique peut quelquefois même ne pas être résolue. C'est quand aucun symptôme n'attire l'attention sur le foie. Dans un cas en effet (obs. XIX), les seuls symptômes anormaux furent une douleur vague dans l'hypochondre droit qui dura peu de temps et la fièvre à caractère hectic. On put seulement affirmer l'existence d'une sup-

puration dans un organe interne, mais il fut impossible d'en préciser le siège.

B. La seconde question à résoudre est la suivante. Il y a suppuration du foie, il y a hépatite suppurée, mais cette hépatite est-elle circonscrite ou diffuse, les abcès sont-ils multiples ou uniques ?

Le problème paraît bien difficile à résoudre et nous avouons ne point pouvoir indiquer des signes pathognomoniques capables de le faire. Néanmoins, dans certains cas où le foie sera trouvé augmenté de volume, où la palpation le révélera douloureux dans toute son étendue, où l'ictère aura été précoce et progressif, où l'on ne percevra pas, par l'exploration physique, l'existence d'une tumeur localisée ni même d'une voussure, on pourra affirmer l'existence de plusieurs abcès. Et cette affirmation, on pourra la porter d'autant mieux que l'on aura observé une suppuration dans une autre partie du corps ou une escarre, ou bien que la pyléphlébite se sera révélée par des symptômes tels que hémorragies intestinales, ascite ou circulation collatérale. Mais on sait combien peu souvent il est possible d'affirmer l'existence d'une pyléphlébite.

L'absence d'ictère, d'ascite et de météorisme abdominal intense ; l'existence d'une douleur ayant un maximum assez nettement localisé répondant ou non à une voussure plus ou moins nette ou à une tumeur perceptible à la palpation, l'augmentation de la matité hépatique dans le sens vertical : tous ces signes semblent plaider en faveur de l'existence d'un seul abcès. Et d'ailleurs, dans les cas où le doute subsisterait, qu'on

n'hésite pas à pratiquer une ou plusieurs hépatocentèses. Depuis longtemps M. le prof. Jaccoud (1), et après lui MM. Chantemesse et Vidal ont établi de la façon la plus incontestable l'innocuité absolue de la ponction exploratrice du foie pratiquée aseptiquement.

(1) Jaccoud. Gazette des Hôpitaux. 1867.

PRONOSTIC. TRAITEMENT

D'après ce que nous venons de voir, le pronostic des abcès du foie d'origine typhique est assez sombre. Pour les abcès multiples, qu'ils proviennent de l'une ou de l'autre cause, qu'ils soient métastatiques ou consécutifs à une pyléphlébite, le pronostic est fatal.

Quant aux abcès uniques, le pronostic est bien moins sombre. Il peut y avoir espoir de guérison à la suite d'une intervention chirurgicale, mais encore faut-il que le diagnostic soit fait assez tôt et faut-il surtout que le malade, déjà profondément anémié et affaibli par sa dothiéntérie, puisse supporter l'opération, sa seule chance de salut.

Pour les abcès métastatiques, la question du traitement curatif ne se pose même pas. Le pronostic étant fatalement mortel, l'on ne peut que soulager par des palliatifs les souffrances du malade. Nous en dirons autant pour les abcès multiples par pyléphlébite.

Mais pour ces deux genres d'abcès, il y existe un traitement prophylactique.

Pour les abcès métastatiques, cette prophylaxie est maintenant journellement instituée par tous les médecins. Elle consiste dans les soins d'hygiène et de propreté à donner aux typhiques.

Pour les abcès par pyléphlébite, une question importante se pose. Dans plusieurs cas ces abcès ont été consécutifs à une appendicite para-typhoïde : très vraisemblablement et par analogie avec ce qui se passe dans les suppurations hépatiques d'origine appendiculaire, les autres cas d'abcès du foie multiples d'origine typhique semblent être justiciables de la même pathogénie, appendicite parathyphoïde et pyléphlébite. C'est pour ces raisons qu'il nous semble que toutes les appendicites para-typhoïdes diagnostiquées doivent commander l'opération, et cela dans le plus bref délai (Dieulafoy). C'est pourquoi aussi, l'attitude du médecin doit être particulièrement portée sur l'appendice pendant le cours des do'hienentéries.

Quant aux grands abcès uniques du foie ils sont, comme les grands abcès dysentériques, justiciables de l'intervention chirurgicale (incision, curettage, drainage). C'est l'opération de Little-Stromeyer que l'on trouve décrite dans tous les traités classiques. Nous avons vu dans un cas (obs. Swain) cette opération amener la guérison, et cela assez rapidement. Ce succès doit nous engager à suivre l'exemple du chirurgien anglais.

Mais on sait combien sont graves les interventions chirurgicales chez les typhiques, et la question de l'opportunité de l'opération et du moment où elle peut être pratiquée doit être minutieusement examinée. Nous ne

pouvons pas mieux y répondre qu'en conseillant de s'inspirer des règles que Monsieur le professeur agrégé Achard (1). a données à propos de l'opération de l'empyème dans la pleurésie purulente à bacille d'Eberth.

« Les interventions opératoires chez les typhiques ne sont pas sans risques. Mieux vaut attendre, quand ce'a est possible, que l'infection ait cessé d'être générale. Pendant cette temporisation qui sera doublée d'une surveillance étroite de l'état local et de l'état général, on laissera se cicatriser les ulcérations intestinales, se fermer les portes ouvertes si largement, dans le tube digestif et ailleurs, aux infections secondaires, s'éliminer les poisons microbiens et ceux que forme l'organisme malade. On laissera aussi s'améliorer le régime des échanges nutritifs si profondément troublés au cours de la maladie générale et l'opération se présentera alors dans des conditions beaucoup plus favorables.

« Bien entendu, il ne s'agit pas de gagner du temps. Il peut survenir telles circonstances qui imposent une intervention précise. Il ne serait pas non plus raisonnable de vouloir attendre le retour à l'état normal chez un organisme dans lequel subsiste une grande cause de désordre, ni de reculer le terme de l'expectation jusqu'à la chute complète de la fièvre, alors que la lésion pleurale l'entretient. Mais il serait coupable de trop attendre. »

Ces règles nous semblent aussi bien applicables aux abcès du foie typhiques. Mais nous pensons que dans

(1) Semaine médicale, 19 octobre 1898.

ces dernier cas, les symptômes généraux plus graves que dans l'empyème à bacille d'Eberth ne permettront pas toujours une expectation aussi longue.

Monsieur le Professeur Debove a employé quelquefois dans le traitement des pleurésies purulentes et dans celui des kystes hydatiques suppurés du foie, une méthode qui lui a donné d'excellents résultats : c'est celle des ponctions évacuatrices répétées. D'ailleurs, dans un cas d'abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde, des hépatocentèses répétées ont amené la guérison, au bout d'un certain laps de temps, il est vrai (Obs. IV) Mais après chaque ponction, la malade se sentait très soulagée et les symptômes généraux s'amendaient. Aussi, pensons-nous que les ponctions aspiratrices répétées pourront, en soulageant le malade et en diminuant l'intensité des phénomènes généraux, lui permettre de reprendre quelques forces. Par cette méthode, la date de l'opération pourra être reculée, la malade la supportera mieux et aura plus de chances d'éviter des (rôle complications secondaires.

En somme, « expectation armée » et ponctions répétées, afin de prolonger l'expectation, et cela pour augmenter le plus possible les chances de succès définitif, tel nous paraît être le traitement de choix pour les grands abcès du foie d'origine typhique.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès du foie surviennent très rarement comme complication de la fièvre typhoïde et ceci très vraisemblablement à cause du rôle protecteur du foie antimicrobien et antitoxique.)

II. — Si ces abcès sont excessivement rares en Europe, dans les pays tropicaux ou intertropicaux où le foie est rapidement touché, la fièvre typhoïde semble provoquer l'hépatite suppurée relativement plus fréquemment. Dans le même ordre d'idées le lithiasé biliaire semble être une cause prédisposante.

La gravité de la maladie ne semble pas intervenir comme cause occasionnelle des abcès du foie d'origine typhique : on a vu des cas d'hépatite suppurée compliquer aussi bien les formes adynamiques graves que les formes les plus bénignes de la dothiènementérie.

III. — Les suppurations hépatiques d'origine typhique revêtent au point de vue anatomo-pathologique deux modalités principales ;

A. — La première est caractérisée par la petitesse

et la multiplicité des foyers. Déjà étudiée par certains auteurs et en particulier par Romberg, elle répond :

1° Aux foyers métastatiques multiples secondaires à la suppuration d'une autre partie du corps pendant le cours de la dothiéntérie, et analogues à ceux développés dans le foie au cours des pyémies.

2° Aux formes diffuses de la périangiocholite d'origine typhique par ulcération typhoïdique des voies biliaires, lésions qui paraissent être excessivement rares.

3° Aux formes diffuses de la péripyléphlébite d'origine typhique consécutive dans tous les cas à une suppuration juxta-intestinale ou à une lésion ulcéro-gangrèneuse de l'intestin et en particulier de l'appendice.

B. — La seconde modalité absolument assimilable au point de vue anatomo-pathologique à l'hépatite circonscrite suppurée d'origine dysentérique correspond à des collections purulentes uniques. Dans ces cas, pas de lésions ulcéro-gangrèneuses de l'intestin, pas de foyers purulents juxta-intestinaux, rien dans l'appendice : les ulcérations intestinales typhoïdiques sont dans ces cas en voie de cicatrisation et on ne constate pas à leur niveau de processus gangrèneux.

IV. — Les germes infectieux partis des ulcérations intestinales typhoïdiques, peuvent pénétrer par trois voies :

1° *a.* — Par la voie biliaire : abcès multiples.

2° *b.* — Par la voie artérielle : abcès multiples.

3° *c.* — Par la voie portale : ici deux catégories :

a. — Il se produit une pyléphlébite suppurée ou adhésive: l'infection se propage alors par continuité le long des parois de la veine porte jusque dans le foie où le processus aboutit à la formation d'abcès multiples par pyléphlébite. Dans ces cas les lésions hépatiques, absolument semblables aux lésions appendiculaires en reconnaissent la même pathogénie. Et d'ailleurs toujours on les a vues succéder à des suppurations juxta-intestinales le plus souvent péri-appendiculaires ou à des lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin et en particulier du cœcum et de l'appendice.

b. — Il ne se produit pas de pyléphlébite, dans l'intestin on ne constate pas de lésions ulcéro-gangréneuses, au contraire les ulcérations typhoïdiques des plaques de Peyer sont trouvées presque complètement cicatrisées. Dans les cas de ce genre il s'est produit dans le foie de grandes collections purulentes uniques. Pour en expliquer la pathogénie, il nous semble devoir admettre que ces abcès uniques ont été consécutifs à des embolies septiques parties directement des plaques de Peyer et n'ayant laissé aucune trace de leur passage sur la rive porte.

V. — Les examens bactériologiques du pus de ces abcès semblent appuyer cette explication pathogénique: la division en abcès multiples et en abcès uniques se retrouve ici.

Dans tous les cas d'abcès multiples par pyléphlébite ou par lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin on a noté que le pus du foie présentait les caractères du pus gangréneux fétide.

L'examen microscopique direct dans le cas de Lannois a montré la présence de plusieurs formes microbiennes différentes dans le pus, alors que la culture n'a permis d'isoler que le bacille d'Eberth. Il est probable, d'après les recherches de MM. Veillon et Zuber sur les pus fétides que dans ce pus polymicrobien il existait des espèces strictement anaérobies.

D'autre part dans le cas de Bouilloche, dont le pus paraissait stérile, cultivé en milieux aérobie, on a pu déceler par les cultures anaérobies la présence de quelques colonies strictement anaérobies.

Ces faits nous permettent de conclure que dans les cas d'abcès du foie multiples d'origine typhique et consécutifs à une pyléphlébite, à une suppuration juxta-intestinale ou à des lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin, il conviendrait dorénavant de rechercher toujours la présence dans le pus d'espèces microbiennes strictement anaérobies que l'on trouverait probablement associées au bacille typhique.

VI. — Dans les deux cas d'abcès unique où on a pratiqué des recherches bactériologiques, l'examen microscopique direct du pus, comme d'ailleurs les cultures en divers milieux n'ont révélé la présence que du bacille d'Eberth pur, dans un cas, et associé à de très rares colonies de staphylocoques dans l'autre cas. Le bacille d'Eberth, seul, est capable de faire du pus au sein du tissu hépatique, mais il est à noter que dans le foie, ce bacille semble perdre beaucoup de sa virulence.

VII. — Les symptômes de l'hépatite suppurée d'origine typhique sont à peu de chose près les mêmes que ceux

de l'hépatite suppurée en général. Le fait que ces abcès se développent au cours de la dothiéntérie fait qu'ils affectent le plus souvent une marche aiguë alors que l'hépatite suppurée des pays chauds évolue le plus souvent d'une façon insidieuse. Les abcès du foie d'origine typhique se manifestent presque toujours brusquement vers le quatrième ou cinquième septennaire de la dothiéntérie, au moment où la défervescence semble vouloir se faire. La température s'élève subitement en même temps qu'apparaît un frisson violent, puis la douleur et les autres symptômes de l'hépatite suppurée peuvent apparaître. Malheureusement le début brusque de l'hépatite offre souvent des analogies frappantes avec celui de la péritonite par perforation, de la cholecystite, de l'angiocholite ou de la pleurésie et ces diagnostics sont plus facilement portés.

D'autre part la suppuration hépatique est, dans certains cas passée inaperçue. Le diagnostic de cette complication de la dothiéntérie est très souvent impossible.

VIII. — Néanmoins, averti de son existence possible, le praticien doit s'imposer l'examen journalier du foie dans le cours de la dothiéntérie et il pourra probablement diagnostiquer l'hépatite suppurée.

IX. — Deux enseignements importants doivent être retenus :

1^o De même qu'une pleurésie purulente droite chez un ancien dysentérique doit faire penser à l'existence possible d'un abcès du foie, de même un empyème à bacille d'Eberth doit faire porter l'attention sur le foie.

2° Il faut apprendre à dépister les appendicites paratyphoïdes causes fréquentes d'hépatite suppurée diffuse.

X. — Au point de vue du diagnostic, la question importante à résoudre, car elle va commander le traitement, est celle du nombre des abcès : mais ce problème est souvent épineux et quelquefois insoluble.

XI. — La question du traitement curatif des abcès multiples ne peut même pas être posée. Le seul traitement prophylactique consiste à opérer d'urgence les appendicites et les péritonites paratyphoïdes, toutes les fois que cela sera possible.

L'abcès du foie unique d'origine typhique est justiciable de l'opération de Little-Stromeyer et nous pensons que des ponctions évacuatrices répétées pourront prolonger l'expectation souvent nécessitée par l'état du malade.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires. Société médicale des Hôpitaux, 1894.
- ACHARD. — Pleurésie à bacille d'Eberth. — Semaine médicale, 19 octobre 1898.
- ASCH. — Ein fall von Abdominaltyphus mit leberabscessen in Kindesalter. In Berl. Klin. Wochensch. 1882.
- BERTHELIN. — Thèse de Paris, 1893. Suppurations hépatiques d'origine appendiculaire.
- BERTRAND ET FONTAN. — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds. Marseille, 1896.
- BUCCLING. — Falle von liberasc. Thèse Berlin, 1868.
- BOKAI. — Pest. med. Chir. Presse. N° 20, 1882.
- CADEAC. — Cholécystite suppurée. Thèse. Paris, 1891.
- CASTELLANI. — Etiologia dell' acceso epatico in generale. Riforma medica Napoli, 1898.
- CHAUFFARD. — Traité de médecine. Tome III.
- CHATER. — Brithis medical Journal, 1873. Abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde.
- CHVOSTECK. — Allgem. Wiener med Zeitung. 1866.
- CRISPIN. Gazette des Hôpitaux. Décembre 1897.
- DELAIRE. — Gazette des Hôpitaux. Septembre 1869.
- DIEULAFOY. — Semaine médicale (1898) et Clinique de l'Hôtel-Dieu (1898).
- DOUART. — Archives de médecine militaire. Octobre 1896.

- DOMINICI. — Cholécystite et angiocholites. Thèse Paris, 1891.
- DOPFER. — Munch. med. Noehensch. 1888.
- FREUNDLICH. — Deutsch Arch. für Kl. med. N° 33.
- FAURAYTIER. — Bulletin de la Société anatomique, 1841.
- GERVAIS. — Thèse. Paris, 1888.
- GILBERT ET GIRODE. — Contribution à l'étude de la bactériologie des voies biliaires, 1890. Société de Biologie.
- HANOT. — Rapport au Congrès de Bordeaux, 1891.
- HUNTINEL. — Convalescence et rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse de concours, 1883.
- JACCOUD. — Gazette des Hôpitaux, 1867.
- JONNESCO. — Progrès médical, 1894.
- KELSCH ET KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.
- KLEBS. — Traité d'anatomie pathologique. Tome I. 1869.
- LEGRAND. — Hépatite suppurée et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Nov. 1891. Archives de médecine navale.
- LANNOIS. — Revue de médecine, 1895.
- LAPIQUE. — Société de Biologie, 1896.
- LEGREY. — Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1890.
- LETULLE. — France médicale, 1890.
- LEUDET. — Bulletin de la Société anatomique, 1852.
- LOUIS. — Recherches sur la fièvre typhoïde, 1841.
- MURCHISON. — La fièvre typhoïde. Trad. de Lieutaud. Paris, 1878.
- MURCHISON. — Observations on climate and diseases of Burmah, 1880.
- OSLER. — Hepatic complications of typhoid fever. Transact. of the Assoc. of Amer. physio. 1897.
- ROMBERG. — Über Leberascisse b. typh. Abh. d. Berliner Klin. Wocheuch, mars 1890. Analyse in Revue Sciences médicales, 15 janvier 1891.
- REMLINGER. — Médecine moderne, 24 mars 1897.
- RENDU. — Dictionnaire encyclopédique, 4^e série, t. III.
- ROGER. — Presse médicale, 1900, 28 février.
- ROGER. — Société de Biologie, 12 mai 1898.
- SEGOND. — Traité de Chirurgie. Tome VI.
- SILOLO. — Millatartz, 1875.

- SOREL. — Union médicale, 1882.
- Swain J. — British medical journal, 16 juillet 1898.
- TUNGEL. — Klin. Mittheil. Abath des Allgem. Kraukenhauses in
Hambourg, A. J. 1862-1863.
- VEILLON ET ZUBER. — Société de Biologie, 6 mars 1897. Recherches
sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle en
pathologie. Archives de médecine expérimentale et d'anatomie
pathologique.
- ZUBER ET LEREBOUILLET. — Cholécystite calculeuse perforation péri-
tonite locale toxique à pus fétide, présence des anaérobies dans
le pus. Société anatomique, décembre 1898.

